7—14.

ARCHIVES
D'OPHTALMOLOGIE

PUBLIÉES PAR

PANAS
Professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de Paris.

LANDOLT
Chirurgien-Oculiste consultant de l'institution nationale des Jeunes Aveugles.

GAYET
Professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de Lyon.

BADAL
Professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de Bordeaux.

AVEC LE CONCOURS DE

NUËL ET **VAN DUYSE**

Professeur d'ophtalmologie à l'Université de Liège.

Agrégé spécial, chargé de cours à l'Université de Gand.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : D[r] PARENT

TOME ONZIÈME

N° 6

NOVEMBRE - DÉCEMBRE

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1891

CORRESPONDANTS DES ARCHIVES D'OPTALMOLOGIE

SOMMAIRE DU N° 6 (NOVEMBRE-DÉCEMBRE)

ARCHIVES
D'OPHTALMOLOGIE

A NOS ABONNÉS

Les *Archives d'ophtalmologie* ont été créées, il y a bientôt douze ans, dans le but de procurer aux oculistes de tous les pays un organe de langue française, qui fût digne de recevoir leurs travaux et puisse en même temps les tenir au courant des publications françaises et étrangères concernant leur spécialité.

Il a été largement répondu à l'appel qu'avaient adressé alors les fondateurs à tous les ophtalmologistes, aussi est-ce avec une sincère reconnaissance envers nos collaborateurs et non sans une certaine fierté que nous constatons le nombre toujours croissant des travaux dont on nous confie la publication. Ils nous affluent même avec une telle abondance que l'augmentation du volume et l'apparition plus fréquente de notre journal sont devenues de toute nécessité. Malgré les sacrifices nouveaux que cela nous imposera, nous n'hésitons pas à faire paraître nos Archives douze fois au lieu de six fois par an, et à porter jusqu'à 768 pages le volume annuel au lieu des 576 pages qu'il comportait jusqu'à ce jour.

Nous tenons à satisfaire nos lecteurs d'une autre façon encore : c'est en développant et en complétant notre bibliographie. Dans ce but nous nous sommes assurés et nous nous assurerons encore le concours de confrères des plus compétents. Il ne se contenteront pas de reproduire indistinctement toutes les publications ophtalmologiques, mais, capables de saisir ce que chaque travail contient de vraiment intéressant, ils le présenteront sous une forme claire, concise et néanmoins complète. Les travaux de moindre importance seront en tous cas mentionnés. Les lecteurs des Archives posséderont ainsi à la fois les principaux travaux originaux parus

en français et la bibliographie complète de tout ce qui se publie dans le domaine de l'ophtalmologie.

Ce remaniement de notre journal demande évidemment le concours de forces nouvelles. Nous les avons trouvées : d'abord dans notre nouveau secrétaire de rédaction, M. le Dr Parent qui est depuis de longues années le secrétaire sympathique et hautement apprécié de la Société française d'ophtalmologie, puis dans la collaboration de MM. les professeurs Nuël et Van Duyse dont les noms paraîtront dorénavant sur le titre de nos Archives. Nous n'avons pas besoin de les présenter à nos lecteurs, ce sont deux noms trop connus, trop estimés et qui sont déjà intimement liés à l'histoire de notre art. Nos collègues belges, hommes de science émérites et journalistes habiles, nous amèneront plus encore que par le passé, le concours de leur vaillant pays. Les Archives représenteront alors de plus en plus l'organe classique des publications ophtalmologiques en langue française, ainsi qu'un recueil bibliographique complet et rationnel.

Nous donnons ci-dessous (1) la liste de nos correspondants ; nous la compléterons bientôt encore. Leurs noms seront, nous en sommes sûrs, très bien accueillis par nos lecteurs qui y verront une nouvelle preuve de la sympathie dont nos Archives jouissent même au delà de nos frontières. Ils se convaincront en même temps que la rédaction des Archives ne perd jamais de vue le but élevé dans lequel le journal a été fondé.

Les rédacteurs des *Archives d'Ophtalmologie.*

PANAS, LANDOLT, GAYET, BADAL.

P. S. — L'extension donnée à la publication des *Archives d'ophtalmologie* n'entraînera pas d'augmentation dans le prix de l'abonnement qui restera, comme par le passé, fixé à 20 fr. par an pour Paris, 22 fr. pour les départements, 23 fr. par l'union postale.

(1) MM. **Bjerrum** (Copenhague), **Bouvin** (La Haye), **Dufour** (Lausanne), **Eliasberg** (Salonique), **Eperon** (Lausanne), **de Lapersonne** (Lille), **Maklakoff** (Moscou), **Nordenson** (Stockholm), **Truc** (Montpellier), **Terson** fils (Paris).

HÉTÉROPLASTIE DERMIQUE DES PAUPIÈRES

Par **M. PANAS**

Toutes les fois que la blépharoplastie classique à pédicule vivant est possible, elle mérite la préférence sur toutes les autres méthodes, par la sûreté et la perfection des résultats.

Grâce à la réunion immédiate aussi bien du lambeau, que de la place d'emprunt de celui-ci, la difformité qui en résulte est nulle ou peu apparente. Elle ne saurait en tous cas entrer en ligne de compte, avec le degré de perfection qu'acquiert la restauration des paupières obtenue de la sorte.

Malheureusement, en présence de larges pertes de substance du masque facial, par brûlures et ulcérations diverses (lupus ou syphilomes), l'utilisation du tissu cicatriciel environnant devient une ressource précaire, et l'emprunt d'un lambeau dermique pris à distance, constitue un réel progrès.

L'ancienne méthode, dite italienne ou de Tagliacozzi, qui consiste à emprunter un lambeau de peau à pédicule sur le bras correspondant du malade, ne mérite pas le discrédit auquel elle était tombée, ainsi que cela ressort des applications heureuses faites tout récemment par M. P. Berger. Son grand inconvénient consiste dans la fixité du bras pendant plusieurs jours en une attitude forcée et qui devient fort pénible à supporter. Aussi, avons-nous rencontré des malades se refusant absolument de subir une pareille torture, malgré leur vif désir de la restauration des paupières ectropionnées ou absentes, et la crainte de voir leur œil se perdre en totalité.

En pareille occurrence l'application d'un lambeau de peau, pris à distance et sans connexion avec l'organisme vivant, s'offre à nous comme une réelle ressource sur laquelle notre collègue et ami Le Fort, à eu le mérite d'insister.

Personne n'ignore que Garengeot avait été assez heureux pour faire reprendre un nez complètement arraché par morsure d'homme. Depuis, d'autres exemples, concernant une partie des doigts avaient été produits. Mais comme les insuccès étaient de beaucoup supérieurs aux succès, la méthode tomba à peu près dans l'oubli. C'est donc à notre collègue que revient le mérite d'avoir appliqué la méthode avec succès, pour la res-

tauration par *lambeau cutané libre* de diverses pertes de substance, et en particulier de celles des paupières.

Cette méthode diffère de l'épidermisation de Reverdin, ainsi que du procédé de Thiersch, en ce qu'on se sert du derme dans son entier, ce qui donne au lambeau autoplastique les qualités morphologiques et l'étendue des lambeaux à pédicule vivant.

Dans la crainte de la non reprise du lambeau détaché, certains opérateurs ont eu l'idée de le découper en petits morceaux qu'ils appliquent côte à côte en forme de mosaïque. C'est là une pratique qui, sans rendre la greffe plus sûre, donne un résultat opératoire moins parfait. Ajoutons, qu'il devient impossible de reconstituer de la sorte, une paupière entièrement absente.

Ayant eu l'occasion de pratiquer tout dernièrement six hétéroplasties palpébrales, sans un seul insuccès immédiat, il nous a paru utile de les communiquer à l'Académie de médecine, et de lui présenter les malades, trois hommes et une femme, qui font le sujet des observations relatées plus loin. Mais, auparavant, qu'il nous soit permis d'insister sur la façon dont l'opération a été conduite.

Partant du principe que, sans une antisepsie rigoureuse, le résultat opératoire risque d'être nul, nous nous attachons de prime abord à laver au savon les téguments, aussi bien ceux de la face que ceux de la partie du bras ou de l'avant-bras qui doit fournir le lambeau autoplastique.

Un second lavage au sublimé à un pour mille, et l'application d'un pansement occlusif provisoire trempé dans la même solution met les parties à l'abri de toute contamination jusqu'au moment de l'opération.

Les choses ainsi disposées et le malade anesthésié au chloroforme on procède à la dissection des paupières ectropionnées et à l'avivement de leurs bords libres qu'on suture ensemble d'après la méthode bien connue de Mirault d'Angers.

Suivant que le débridement a porté sur l'une ou les deux paupières, la supérieure et l'inférieure, on est en présence d'une ou de deux surfaces saignantes qu'il s'agit de combler avec de la peau prise au loin.

Celle qui convient le mieux pour la blépharoplastie, à cause de sa finesse, de sa mobilité, du manque de poils, et du fait

que la cicatrice se trouve cachée le plus possible, correspond à la région inféro-interne, ou sus-épitrochléenne du bras ; vient ensuite la peau de la face interne de l'avant-bras.

Comme le lambeau cutané, une fois détaché, tend à se rapetisser à cause de son élasticité propre, il faut toujours le tailler d'un tiers plus grand que la surface qu'il s'agit de combler.

En procédant à sa dissection, il faut entamer le moins possible le tissu graisseux sous-cutané. De cette façon on ménage les troncs des veines superficielles, ainsi que les filets nerveux et l'aponévrose.

Une fois le lambeau devenu entièrement libre, on retranche soigneusement de sa face profonde tout ce qui a pu rester de graisse, à l'aide de quelques coups de ciseaux. Après quoi on l'applique sur la surface saignante des paupières, alors que tout suintement sanguin se trouve préalablement arrêté par la forcipressure et des lavages à l'eau salée ou à la cocaïne.

Pour assurer l'application exacte du lambeau, et pour s'opposer à sa tendance de se recoquiller, il faut procéder à la suture à la soie fine antiseptisée, en prodiguant au besoin le nombre des points de suture. Tout cela exige du temps, et l'on ne sera pas étonné que l'opération exige deux et trois heures pour être exécutée avec tous les soins voulus. Ce n'est qu'à ce prix que la réussite en est assurée.

L'application d'un bandage ouaté antiseptique avec interposition directe sur la région, de quelques rondelles de gaze iodoformée ou salolée, le tout à l'état sec, concourt à la reprise du lambeau, qui se fait par première intention et sans qu'une goutte de sérosité ou de pus vienne salir les pièces du pansement. Aussi laisse-t-on le bandage en place 5 et 6 jours consécutifs ; à moins qu'il ne soit traversé dans les premières 24 heures par du sang, auquel cas il faut le renouveler avec toutes les précautions voulues pour ne pas ébranler le lambeau qui, grâce aux sutures, ne bouge pas.

Une fois le premier septénaire passé, la réunion se trouve assurée, et l'on procède à l'enlèvement des sutures. Le lambeau déjà vascularisé offre la couleur, l'épaisseur et tous les attributs de la peau normale, sauf qu'il manque pour quelque temps encore de sensibilité, les filets nerveux ne se régénérant que plus tard.

Une précaution importante est de substituer au bandage

compressif du début, la simple application d'une couche de gaze iodoformée, qu'on colle tout autour de la région orbitaire par du collodion. L'expérience nous a en effet enseigné que le lambeau transplanté jouit d'une vitalité moindre qui fait qu'une compression même légère provoque un soulèvement de l'épiderme par un liquide louche, avec exulcération superficielle du corps papillaire. Cette précaution est surtout indispensable, lorsqu'il s'agit de parties saillantes, comme l'est l'angle externe des paupières vis-à-vis l'apophyse orbitaire externe du frontal, qui exposent le lambeau à être fortement comprimé de ce côté, d'où son ulcération.

Les règles à suivre une fois bien posées, nous allons relater sommairement les observations qui s'y rapportent.

Leur intérêt est d'autant plus grand, que deux de ces malades avaient subi antérieurement et sans succès diverses opérations plastiques.

Observation I. — *Ectropion des deux paupières, suite de lupus traité et guéri à Saint-Louis.*

Femme de 35 ans dont tout le masque facial est devenu cicatriciel, y compris le front, par suite d'un lupus qui a rongé la presque totalité du nez. Seules les paupières de l'œil droit ont été respectées, bien que l'inférieure soit légèrement ectropionnée du côté du grand angle par les bridures cicatricielles de la racine du nez.

Tout autre est l'aspect des paupières du côté de l'œil gauche.

La paupière inférieure se trouve ectropionnée de plus de deux centimètres. La paupière fortement rétractée en haut est comme soudée à l'arcade sourcilière, de façon à laisser le globe largement exposé à l'air. La cornée, depuis longtemps enflammée, était le siège d'un albugo, avec conicité au centre.

En mai 1889, une tarsoraphie totale, faite par un de nos collègues dans les hôpitaux, après mobilisation de la paupière supérieure et épidermisation consécutive de l'incision libératrice, ne procura qu'un résultat temporaire ; la ligne de suture des paupières ayant cédé complètement au bout de deux mois. C'est dans cet état que la malade nous fut adressée à l'Hôtel-Dieu deux ans plus tard, en mai 1891.

L'opération plastique faite le 8 mai dernier, a consisté :

Au débridement semi-circulaire de la paupière inférieure fortement ectropionnée.

A l'avivement avec suture des bords palpébraux dans toute leur étendue

Enfin, à l'application d'un lambeau de peau de 5 centimètres de long sur 2 de large, de forme ellipsoïdale, pris verticalement sur la face antérieure du bras, conformément aux règles précédemment indiquées. Points de suture multiples, pansement antiseptique à la gaze iodoformée et ouatée.

Malgré une exfoliation de l'épiderme soulevé par un liquide séreux lactescent et la présence d'un écoulement conjonctival purulent par l'angle interne des paupières compliqué d'ozène, la cicatrisation du lambeau transplanté ne fut pas moins complète, ainsi que la soudure des deux paupières entre elles.

Un examen, pratiqué le 5 juillet courant, deux mois environ après l'opération, nous a permis de constater, ainsi que vous pouvez vous en rendre compte en examinant la malade :

Que le redressement des paupières est complet.

Que le lambeau parfaitement vivant offre 4 centim. 2 millim. de long. sur 11 millim. de hauteur.

Mobile sur les parties profondes, le lambeau est aussi coloré et aussi vasculaire que les tissus qui l'environnent. Nous ajouterons qu'il est déjà sensible bien qu'à un degré moindre que les parties voisines.

D'ici à six mois ou un an, nous nous proposons d'ouvrir les paupières et nous ne doutons pas que celles-ci n'auront plus aucune tendance à s'ectropionner, étant donné leur degré de laxité.

Observation II. — *Ectropion des deux paupières, consécutif à une vaste brûlure du visage. Double hétéroplastie.*

L. D...., âgé de 21 ans, tombe sans connaissance par terre, pendant qu'il tenait à la main une casserole de marc de café en ébullition. Il en est résulté une vaste brûlure de toute la moitié gauche de la face, terminée par de larges cicatrices qui lui ont ectropionné les deux paupières correspondantes.

Depuis 18 mois que date l'accident, le malade a subi sans succès cinq opérations successives, à savoir : première suture des paupières en avril 1890 ; une seconde et une troisième en mai et juin de la même année ; puis une greffe prise sur la peau d'un ami en octobre 1890, et une dernière opération du même ordre, le tout sans autre résultat qu'un ankyloblépharon partiel représenté par deux brides cicatricielles, papiracées, réunissant à distance la moitié externe de la fente palpébrale.

C'est dans cet état que le malade s'est présenté à la clinique de l'Hôtel-Dieu, le 28 mai dernier. A son entrée dans les salles, nous constatons que la paupière inférieure manque et est remplacée par du tissu cicatriciel, alors que la supérieure fortement raccourcie et renversée, laisse le globe oculaire à découvert. Non seulement dans toute la moitié gauche de la face et du crâne la peau fait défaut, et a été remplacée par du tissu mince et lisse de cicatrice, mais tout le pavillon de l'oreille manque ; preuves que la brûlure a été profonde

et que l'on s'exposerait à un échec certain en voulant y emprunter des lambeaux autoplastiques.

Le 4 juin dernier, nous procédons à l'opération, qui a consisté à la suture des paupières, après débridement de celles-ci en haut et en bas, puis à l'application avec suture de deux lambeaux de peau, pris l'un au bras et l'autre à l'avant-bras. Celui destiné à la paupière supérieure mesurait 7 cent. de long sur 2 1/2 centimètres de large ; et celui utilisé pour la restauration de la paupière inférieure près de 8 cent. de longueur sur 2 cent. de largeur. Il n'a pas fallu moins de 26 points de suture pour fixer en place les deux lambeaux, sans compter 6 autres points, pour la réunion des deux paupières entre elles.

Cinq jours plus tard, le pansement est enlevé, et l'on trouve les deux lambeaux entièrement repris par réunion immédiate, ayant la vascularité et la couleur de la peau normale.

Le 13 juin, sous l'influence croyons-nous de la compression exercée par le bandage monocle, l'épiderme des lambeaux se soulève et s'exfolie par du liquide louche qui s'amasse entre lui et le derme sous-jacent, légèrement exulcéré à sa surface. On substitue pour cette raison au bandage, un simple pansement occlusif à la gaze iodoformée et au collodion, et le 21 juin, le malade quitte l'hôpital guéri. Il y revient à plusieurs reprises et le 4 juillet courant on a pris les dimensions des lambeaux d'emprunt qui mesurent définitivement 3 cent. de long sur 1 de large pour la paupière supérieure et de 2 1/2 sur 1 de large pour l'inférieure. La réunion des paupières entre elles, est parfaite, mais pour plus de sûreté, nous ne comptons la détruire, que d'ici à quelques mois.

Obs. III. — *Ectropion des deux paupières de l'œil droit par brûlure, avec perte totale du globe.*

V..., âgé de trente-quatre ans, entre à l'hôtel-Dieu le 3 mai 1891, après avoir été traité et guéri de sa brûlure à l'hôpital Broussais par M. Reclus.

Il s'agit d'un individu qui, le 2 février 1891, dans un accès d'épilepsie, tomba sur un poêle incandescent. Le côté droit de la face et les paupières furent le siège d'une brûlure profonde qui eut pour résultat la production d'une cicatrice triangulaire dont le sommet correspond à l'angle interne de l'œil, et dont la base s'étend depuis la tempe jusqu'à la joue. Les deux paupières se trouvent comprises dans cette cicatrice.

L'orbite vide d'œil, présente un cratère formé par la conjonctive, très réduite dans son étendue, ne mesurant guère plus de 1/2 centimètre de hauteur, d'où il résulte une impossibilité absolue pour la pose d'un œil artificiel. Le malade ne désire, du reste, que l'occlusion définitive de cette espèce de cul-de-sac et c'est dans ce sens que nous avons procédé à l'hétéroplastie le 25 mai dernier.

Les rudiments des paupières étant disséqués et mobilisés circu-

lairement, on avive leurs bords libres qu'on suture l'un à l'autre. On a alors sous les yeux deux pertes de subtance saignantes, l'une inférieure peu importante qu'on abandonne au travail de cicatrisation spontanée ; l'autre supérieure de beaucoup la plus importante et qu'on s'applique à combler, à l'aide d'un lambeau de peau qu'on emprunte à la face inféro-interne du bras, et qui mesure 7 centimède long sur 4 centimètres de large.

Celui-ci préalablement dégraissé est appliqué à plat sur la surface à combler, une fois que tout suintement sanguin se trouve arrêté, par l'application d'eau salée et de cocaïne.

De nombreux points de suture en assurent la fixation, après quoi on recouvre tout le champ opératoire avec de la gaze iodoformée, du coton hydrophile, maintenu en place par quelques tours de bande. Comme dans toutes ces opérations, on suture la plaie brachiale avec du fil d'argent et l'on panse antiseptiquement.

Le 30 mai, on procède à l'enlèvement du premier pansement et l'on constate la reprise du lambeau dans son entier. Celui-ci est rose, vascularisé, et ne présente aucune différence d'aspect avec la peau voisine. Cela nous conduit à enlever tous les points de suture. A partir de ce moment le pansement est renouvelé tous les deux ou trois jours, et tout se passe régulièrement, sauf que l'épiderme se soulève par place, sous forme de phlyctènes remplies d'un liquide ressemblant à du petit lait, et qui correspond à autant d'érosions très superficielles du derme.

Il est à noter, que pareille chose se montre exclusivement dans la moitié externe du lambeau, celle qui est en rapport avec la partie saillante et anguleuse du rebord de l'orbite. Pensant que cette complication est due à la compression exercée par le bandage contentif, nous le supprimons, nous saupoudrons la surface avec de l'iodoforme et nous le recouvrons avec de la gaze iodoformée fixée sur les bords, à l'aide du collodion. Grâce à cette modification apportée au pansement, les parties excoriées se cicatrisent.

Actuellement, 15 juillet, toute l'excavation en cul de poule de l'orbite se trouve comblée. Le lambeau hétéroplastique mesure 5 cent., de long sur 2 1/2 de hauteur, et il présente partout tous les attributs de la peau normale, aussi bien comme épaisseur que comme vascularité et couleur.

Il commence même à recouvrer sa sensibilité.

Observation IV. — *Double symblépharon cicatriciel suite de brûlure*

L..., âgé de 24 ans entre à l'Hôtel-Dieu le 2 avril 1891.

En juin 1885, il y a de cela 6 ans, le malade reçut dans l'œil droit de la chaux vive. Il en est résulté un *double symblépharon total*, avec état cicatriciel de la cornée, qui offre un aspect charnu mamelonné.

On sait combien un pareil symblépharon est reputé incurable, aussi

ne sera-t-on pas surpris d'apprendre que douze tentatives opératoires, dont 9 ayant pour but de créer des nouveaux culs-de-sac à l'aide de conjonctive prise sur le lapin, sont restées sans effet durable. C'est alors que le malade désespéré de ses nombreux insuccès et de l'impossibilité dans laquelle il se trouvait de trouver du travail, attendu que partout on le renvoyait à cause de sa difformité oculaire, se décida à entrer dans notre clinique.

Le 10 avril, nous procédons à l'opération qui fut pratiquée comme il suit :

Libération de la paupière inférieure adhérente partout au globe de l'œil, et dépourvue entièrement de revêtement conjonctival. Le cul-de-sac saignant ainsi créé mesurait deux centimètres de profondeur.

Détachement sur l'avant-bras d'un lambeau de peau ellipsoïdal de 3 centimètres de longueur, sur un centimètre et demi de hauteur.

Enfin, fixation de ce lambeau contre la face saignante de la paupière, à l'aide de 9 points de suture, dont cinq au bord libre, et quatre au fond du cul-de-sac. La coaptation en est aussi complète que possible.

Le 18 avril, on enlève tous les points de suture et le lambeau absolument vivant, a repris sur tous les points.

Les jours suivants, il se fait une desquamation de sa couche épithéliale cornée sous forme de magma blanchâtre, en même temps que le lambeau enlevé ainsi dépouillé de son épithélium revêt l'aspect de la muqueuse vaginale.

Le 10 mai, on constate une diminution progressive dans la profondeur du cul-de-sac qui fait qu'actuellement, 15 juillet, il ne mesure plus que quatre millimètres de profondeur. Ce résultat est dû à la rétraction du tissu cicatriciel sous-jacent qui, bien que sectionné, et doublé qu'il est par le lambeau cutané hétéroplastique, tend de nouveau à se souder jusqu'à un certain point. Quoi qu'il en soit, le sillon ainsi créé est parfaitement suffisant pour le port d'un œil prothétique, ainsi que cela ressortira de ce que nous dirons à la fin de cette observation.

Le 18 mai, nous procédons à la confection d'un cul-de-sac analogue pour la paupière supérieure, qui en possédait à peine.

Après détachement profond de cette paupière du globe de l'œil, on applique un lambeau cutané mesurant 3 cent. de long sur 2 de large et qui fut pris sur l'avant-bras opposé.

Trois points de suture marginaux, et cinq profonds appliqués au fond du cul-de-sac nouvellement créé, assurèrent l'application exacte et l'immobilité du lambeau. Même pansement que lors de l'opération plastique de la paupière inférieure.

Le 23 mai, on enlève les points de suture et l'on trouve le lambeau partout repris et vivant comme son congénère, il se desquame par la suite, et il revêt de plus en plus l'aspect de la muqueuse vaginale.

Une particularité digne d'être notée c'est que les paupières, ainsi

doublées d'une peau relativement épaisse se sont amincies par la suite, de façon à ne plus se différencier comme minceur d'une paupière normale munie de sa conjonctive. Actuellement, 20 juillet, le cul-de-sac nouveau mesure 5 millimètres de hauteur.

Le port d'un œil de verre se trouve assuré, et le malade heureux du résultat obtenu, a dû retarder de quelques jours sa sortie de l'hôpital, sur ma demande, pour vous être présenté.

Voici, Messieurs, une série non discontinue de six hétéroplasties qui toutes ont réussi. Cet heureux résultat tient croyons-nous à deux facteurs. L'antisepsie rigoureuse d'une part, et d'autre part à l'emploi de sutures qui assurent la coaptation exacte et l'immobilité du lambeau.

Le succès est doublement frappant, si nous envisageons la dernière observation, celle où il s'est agi de remédier à un double symblépharon total, affection jugée à juste raison comme incurable.

La supériorité de l'anaplastie cutanée, à celle faite avec de la conjonctive empruntée à des animaux, sans parler de celle moins efficace encore, consistant à se servir de peau de grenouille, se trouve surabondamment démontrée.

Chemin faisant, nous avons attiré l'attention sur deux points : l'utilité d'éviter toute pression sur le lambeau transplanté, dont la vitalité, rudimentaire au début, pourrait s'en trouver compromise.

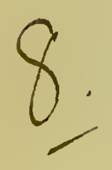
La tendance qu'a le lambeau greffé à se réduire dans ses dimensions, chose particulièrement fâcheuse, lorsqu'il s'agit de parer à un symblépharon.

Pour y obvier, nous venons d'essayer, dans une nouvelle opération de création de culs-de-sac, pratiquée hier, une modification, qui consiste à anastomoser le bord profond du lambeau hétéroplastique, avec la lèvre excentrique d'une incision cutanée semi-circulaire en boutonnière, pratiquée à la base de la paupière qu'il s'agit de doubler de peau, à la place de la conjonctive absente.

Notice. — Depuis, nous avons eu l'occasion de revoir l'opéré de l'observation IV et la malade à laquelle il est fait allusion en dernier lieu. Chez les deux, les culs-de-sac créés par hétéroplastie ont fini par se combler sous l'influence de l'action rétractile incessante du tissu inodulaire sous-jacent au lambeau cutané implanté.

Cet insuccès témoigne une fois de plus que le traitement chirurgical du *symblépharon* reste encore à trouver.

Nous craignons que les quelques faits publiés comme des succès, que l'on se soit servi de lambeaux de muqueuse ou de peau, ont été donnés trop tôt, et qu'on a omis de nous renseigner sur le résultat définitif.



LE RACLAGE DU SAC LACRYMAL

Par L. de **WECKER**.

La distinction qu'on est arrivé peu à peu à établir dans les maladies des voies lacrymales, qui, d'une part se rattachent aux affections du nez et, d'autre part, constituent des troubles fonctionnels dans lesquels les glandes et les paupières sont de préférence intéressées implique aussi une séparation bien nette dans l'emploi de nos moyens thérapeutiques, dont aucun ne pourrait être généralisé et exclusivement appliqué.

Lorsque j'ai proposé une opération portant sur l'appareil glandulaire, je n'ai eu en vue, bien entendu, que le second groupe des affections lacrymales. Il ne m'est jamais venu à l'idée un seul instant que la suppression plus ou moins complète d'un excès de sécrétion lacrymale pourrait modifier notablement une maladie infectieuse de la muqueuse du sac lacrymal, qui, généralement, s'est propagée du nez vers ce receptaculum.

Que, dans ce cas, un traitement local soit indispensable et que ce traitement puisse souvent suffire sans qu'il soit besoin de s'attaquer à l'appareil sécréteur des larmes, c'est ce qu'il est inutile de démontrer. Le seul reproche que nous ferons à ce traitement, c'est sa lenteur désespérante, à ce point qu'il est souvent impraticable chez nombre de malades appartenant à la classe ouvrière, outre qu'il ne les met pas sûrement à l'abri des récidives.

Quant aux doléances concernant les sondages, les lavages et irrigations prolongés, nous n'avons pas besoin d'y insister, tout praticien ne les connaît que trop; mais ce qui est aussi connu, ce sont les excellents résultats que nous donnent ces moyens dans un assez grand nombre de cas; il y aurait donc

folie à vouloir renoncer aux bons services que nous avons su en tirer.

Si j'ai donné le conseil de soustraire un certain chiffre de cas de simple larmoiement à ces moyens thérapeutiques en les traitant par l'extirpation de la glande lacrymale palpébrale, ce n'était certainement pas dans le but de supprimer ces genres de traitement, mais bien avec l'intention de faire un triage et de choisir les cas où leur emploi se montrait inefficace ou inapplicable.

Actuellement encore, m'adressant aux affections du sac lacrymal, aux dacryocystites, je suis bien éloigné de vouloir commettre l'ingratitude d'abandonner les sondages, lavages et irrigations, souverains dans nombre de cas, mais je ne veux pas moins soustraire à leur application un certain nombre de malades, chez lesquels ces moyens sont d'une action trop lente et trop peu certaine pour assurer une guérison définitive.

Comme pouvant fournir une guérison plus ou moins prompte, trois procédés se présentent, qui n'aboutissent pas cependant à une guérison complète et peuvent réclamer ultérieurement une nouvelle intervention pour faire cesser un larmoiement par trop gênant.

1° Le premier de ces trois traitements est la *destruction du sac lacrymal*, au moyen de caustiques ou du cautère. Je n'insiste pas sur ses inconvénients bien connus : cicatrices disgracieuses, répugnance inspirée par ce mode de traitement. Je me borne à rappeler qu'il a le très grave inconvénient d'exposer, dans des cas rares à la vérité, à la cellulite orbitaire, aboutissant à une atrophie du nerf optique et parfois même à une fonte du globe oculaire. Cela n'empêche pas que ce vieux remède a eu, grâce surtout à l'emploi du galvano et du thermo-cautère, un regain de faveur.

2° Un autre procédé destructif est *l'extirpation du sac lacrymal*. Cette opération, outre qu'elle est d'une exécution laborieuse et qu'elle ne peut guère être pratiquée avec quelque précision dans la profondeur d'une plaie constamment remplie de sang, présente le même inconvénient grave que nous venons de mentionner. Notre collègue le duc Charles, chez lequel je viens de voir pratiquer un certain nombre de ces excisions, me signalait parmi ses opérés, un cas où, à la suite d'une semblable

extirpation, il était survenu une cellulite suivie d'atrophie du nerf optique.

3° Enfin nous citerons, comme un troisième genre de procédé opératoire, le *raclage* (1) *du sac* que nous pratiquons et qui s'exécute de la manière suivante :

On incise, avec le petit couteau de Weber, le conduit lacrymal supérieur jusqu'à la caroncule. On remplace alors cet instrument par un fin bistouri très tranchant que l'on dirige, à travers le sac lacrymal, jusque vers l'entrée du canal nasal. Par un mouvement combiné de renversement du tranchant, tourné directement en avant et de traction exercée sur la commissure externe qu'on attire au dehors, on pratique à la paroi antérieure du sac, une incision d'un centimètre à un centimètre et demi de longueur.

On écarte alors les lèvres de la plaie au moyen de deux crochets et on pratique une irrigation prolongée avec une solution de sublimé à 1/4000, dans le but de vider et de désinfecter le sac et aussi d'arrêter l'écoulement de sang. Le raclage de la muqueuse, qu'on se propose d'enlever autant que possible en totalité, est alors exécuté dans tous les sens au moyen d'une cuillère tranchante de la même forme que celle qui me sert pour le raclage des chalazions, mais avec des dimensions doubles.

---

(1) Le curettage du sac lacrymal que M. Despagnet a recommandé au dernier congrès de Paris (Bulletins et Mémoires, p. 39) ne fait pas partie des moyens destructifs. Exécuté avec une curette demi-mousse, on n'attaque à l'instar du curettage de l'utérus « que les portions de la muqueuse ramollies et végétantes » pour activer l'action des antiseptiques (glycérine au sublimé au 1/200). On s'assure de la perméabilité du canal nasal et après huit à dix jours que prend la plaie à se fermer on continue les lavages à travers les points lacrymaux. Ici le but visé est « de conserver intact l'appareil excréteur des larmes » car notre confrère pense que détruire n'est pas guérir ». Pourtant par quel moyen arrive-t-on à débarrasser plus rapidement d'une dacryocystite fort gênante un malade atteint d'une affection incurable des fosses nasales qu'en lui enlevant la muqueuse du sac lacrymal, et si un larmoiement gênant persistait quand même, en lui pratiquant l'ablation de la glande lacrymale palpébrale. Pareil malade se considérera à juste titre *guéri* quoiqu'il ait subi l'action de moyens essentiellement destructifs, une fois débarrassé de toute sécrétion morbide et de tout larmoiement. Ce qui, seul, lui rappellera qu'on n'a pas usé à son égard des données de la chirurgie conservatrice, c'est qu'émotionné, il ne sera capable de verser des larmes que d'un seul côté, ou même pas du tout si l'on a procédé de chaque côté à l'extirpation de la glande palpébrale.

Après avoir bien enlevé la muqueuse, je place deux ou trois sutures, qui doivent comprendre toute l'épaisseur de la peau et de la paroi antérieure du sac lacrymal raclé. Avant de fermer les sutures, j'ai soin de procéder à une nouvelle irrigation au sublimé, prolongée au moins pendant une ou deux minutes. Le bandeau compressif est porté deux ou trois jours, jusqu'à ce que l'on enlève les sutures, et l'on a alors la satisfaction de voir la réunion obtenue, même si l'on a opéré en plein état phlegmoneux.

Je puis recommander cette opération comme bonne et pratique, et je m'y vois d'autant plus engagé que des procédés de moindre valeur et bien plus dangereux tendent à se répandre actuellement. Il en est ainsi de la vieille destruction du sac au moyen du cautère actuel, que Fonseca (*Arch. d'opht.* de Lisbonne, p. 89, 1882.) a, il y a une dizaine d'années, avantageusement remplacé par le thermocautère. Il en est de même pour l'extirpation du sac lacrymal, recommandée en 1724 par Platner, que Berlin, en 1868 (*Klin. Monatsbl.*, p. 131), a remis en pratique et qui, depuis, a trouvé de nombreux modificateurs et partisans. C'est cette opération qui, surtout en Allemagne, jouit actuellement d'une certaine vogue.

Quant au raclage de la muqueuse du sac lacrymal, l'idée en revient à M. Mandelstamm (Ueber eine Auslöfflung der Thraenensackes in *Centralbatt f. prakt, Augenheilk.*, p. 178, 1879) qui se servait non d'une curette mousse ou demi-mousse, mais, comme nous, d'une cuillère tranchante. Cette tentative, publiée en 1879, s'est uniquement bornée à enlever avec la cuillère des fongosités de la muqueuse, manœuvre suivie de sondages et d'injections dans le sac lacrymal partiellement raclé.

Je ne pense pas qu'un raclage généralisé, destiné à être substitué à l'excision totale du sac, ait été jusqu'ici recommandé, quoique cette idée, si simple à notre avis, ait dû forcément venir à ceux qui ont vu pratiquer l'excision toujours laborieuse du sac lacrymal. Du reste qui pourrait se vanter, en ophtalmologie, d'indiquer quelque chose d'absolument nouveau, ne faut-il pas déjà s'estimer heureux, lorsque l'on réussit à vulgariser une pratique bonne et utile.

Les principales indications pour le raclage sont :

1° De guérir rapidement les anciennes dacryocystites chez les personnes qu'on doit opérer de cataracte ;

2° D'abréger le traitement chez les ouvriers et laboureurs ;

3° De mettre à l'abri d'accidents redoutables du côté de la cornée les personnes vivant éloignées des spécialistes et chirurgiens et qui ne peuvent se soumettre au traitement ordinaire de la dacryocystite.



DU LUPUS DE LA JOUE, CONSÉCUTIF AUX LÉSIONS TUBERCULEUSES DE LA MUQUEUSE NASALE PAR L'INTERMÉDIAIRE D'UNE FISTULE LACRYMALE.

Par le Dr **H. ARNOZAN**, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, chargé du cours de Dermatologie.

Le lupus tuberculeux de la joue a déjà été signalé comme une conséquence possible ou comme une complication de la fistule du sac lacrymal. Renouard (1) en donne une observation, et Dubois-Havenifh (2) en relève deux cas dans sa statistique. Aussi n'est-ce pas avec la prétention de faire connaître une nouveauté que nous publions les trois observations qui vont suivre, mais simplement dans le but d'étudier le lien pathogénique qui unit alors le lupus de la joue à l'inflammation du sac lacrymal et même à des lésions profondes des fosses nasales.

Les notions récemment acquises sur la nature intime du lupus tuberculeux et sur son origine, ne nous permettent plus de nous contenter de l'étiologie banale dont on se déclarait autrefois satisfait. En classant ce lupus dans les affections scrofuleuses, Bazin avait fait œuvre de clinicien consommé, et tiré de la pure observation du malade une conclusion que l'histologie et la microbiologie devaient confirmer plus tard d'une façon éclatante. Mais si l'on s'en tenait à sa doctrine des maladies constitutionnelles, les recherches étiologiques dans chaque cas de lupus n'avaient besoin d'être ni très minutieuses

---

(1) RENOUARD. Cité par CRONIER (thèse de Paris, 1888-1889. *Inoculation secondaire de la peau consécutive à des foyers tuberculeux sous-cutanés ou profonds*.

(2) DUBOIS-HAVENIFH. *Du lupus vulgaire spécialement étudié au point de vue de son étiologie, de sa pathogénie et de son traitement*. Bruxelles, 1890.

ni très profondes. Du moment qu'on était scrofuleux, on était exposé à avoir un lupus, absolument comme un syphilitique est exposé à avoir une gomme ; pénétrés de cette idée, les cliniciens n'avaient qu'un intérêt secondaire à rechercher les circonstances locales qui avaient pu déterminer sur tel ou tel point l'apparition du lupus. Actuellement, il n'en est plus ainsi. Nous savons que le lupus est d'origine bacillaire, au même titre que la tuberculose pulmonaire et la tumeur blanche, et à cette notion anatomo-pathologique, l'observation si précise de nos maîtres de l'hôpital St-Louis est venue en ajouter une autre très curieuse, c'est que « le lupus vulgaire est pour ainsi dire toujours la *première manifestation* de la tuberculose ; *sauf les faits rares de lupus d'autoinoculation* à la suite de lésions sous-cutanées, il n'existe, sauf un cas de Behrend, pas d'exemple de lupus survenus chez des sujets atteints de tuberculose pulmonaire » (1). On comprend toute l'importance de cette constatation. Le lupus vulgaire n'est pas une manifestation de l'infection tuberculeuse générale ; pour revenir à la comparaison que nous faisions tout à l'heure, il n'est pas le produit de la tuberculose comme la gomme est le produit de la syphilis. Chaque foyer lupique est le résultat d'une contagion, d'une inoculation spéciale et ne se conçoit pas sans elle. Le bacille qui va développer autour de lui le premier nodule de ce foyer peut venir de l'extérieur (contagion médiate ou immédiate) ou de l'intérieur (ouverture à la surface cutanée d'un foyer tuberculeux profond, tel que fistules osseuses, fistules anales, etc.) ; mais il ne peut venir que par l'une de ces deux voies. Le sang ou la lymphe qui circulent dans la peau, chargés de bacilles, ne peuvent y déterminer la formation d'un lupus : ils y provoqueront d'autres lésions tuberculeuses, mais pas celle-ci. Qui dit lupus, dit implicitement contagion ou autoinoculation. Il est donc important en clinique de rechercher soigneusement les conditions locales qui ont amené la production du foyer lupique : c'est ce que nous avons essayé de faire pour les trois cas dont nous relevons l'observation.

---

(1) THIBIERGE. La tuberculose cutanée. *Revue des sciences médicales*, t. XXXVII, p. 684.

Obs. I. — *Lupus de la joue droite et du nez chez une jeune fille atteinte antérieurement de fistule lacrymale et présentant simultanément un lupus de la fosse nasale droite.*

Au mois d'octobre 1888, Mlle X..., jeune espagnole de 22 ans, vient me consulter pour la première fois au sujet de petites ulcérations qu'elle portait depuis quelque temps sur divers points de la face. Elle en présentait une, la plus importante, qui commençant un peu au-dessous de la racine du nez du côté droit, traversait obliquement la joue presque parallèlement au bord inférieur de l'orbite, en mesurant dans sa plus grande largeur un centimètre à peine ; elle en portait une autre de la dimension d'un gros grain de blé près de l'œil gauche : enfin on en trouvait quelques autres, comme des grains de mil, disséminées sur le pavillon des deux oreilles et à l'entrée des conduits auditifs. Les croûtes épaisses et adhérentes qui couvraient le fond de ces ulcérations, les bords déchiquetés et présentant çà et là quelques nodules à teinte rouge pâle demi-transparente, l'indolence de ces lésions ne pouvaient guère laisser de place au doute : il s'agissait de foyers multiples de lupus tuberculeux à forme ulcéreuse.

Mais ce n'étaient pas les seules lésions présentées par la jeune malade. En relevant le lobule du nez et en dilatant un peu fortement la narine droite, on apercevait un gros bourgeon végétant qui obstruait en partie la narine correspondante. En abaissant la paupière inférieure droite, on constatait que le point lacrymal avait été incisé et qu'une large fente remplaçait l'étroit pertuis normal. L'histoire de ces deux ordres de lésions, telle que nous avons pu la reconstituer d'après les récits de la malade, paraît être la suivante. Relativement au nez, Mlle X..., se rappelle qu'elle a depuis très longtemps mouché des mucosités épaisses, verdâtres, parfois peut-être sanguinolentes ; qu'elle est souvent gênée pour respirer par la narine droite. Elle ne peut rien dire de très précis à ce sujet, les troubles fonctionnels étant peu accusés, et l'examen direct n'ayant pas encore été pratiqué.

Cet examen fut fait d'ailleurs quelques jours plus tard, par mon excellent confrère et ami le Dr Moure, qui reconnut l'existence de foyers lupiques occupant la muqueuse nasale du cornet inférieur et du méat inférieur, au voisinage de l'extrémité du canal nasal, et occupant aussi la cloison dans sa région cartilagineuse et la face interne des ailes du nez.

Quant à la paupière inférieure, voici les incidents qui s'y étaient passés. Il y a cinq ou six ans, Mlle X... s'était plainte de larmoiement, puis d'un peu de sécrétion muco-purulente de la conjonctive. Finalement, une tumeur lacrymale s'était formée et ouverte, et la malade s'était alors confiée aux soins de notre distingué confrère, le Dr Sous. Celui-ci avait incisé le point lacrymal inférieur, soigné et guéri la dacryocystite et la fistule consécutive, mais non sans que l'écoulement du muco-pus et des larmes par

l'orifice fistuleux du sac, n'ait déterminé tout alentour un peu d'érythème. Les lésions lacrymales une fois guéries, cet érythème avait pâli et paru guérir. Assez longtemps après, les lésions lupiques avaient apparu ; et leur premier foyer avait précisément occupé le territoire de cet érythème, transformé aujourd'hui en la plus grande des ulcérations signalées. Les autres foyers lupiques ne s'étaient montrés qu'ultérieurement.

Tel était l'état de Mlle X... ; telles étaient les circonstances pathologiques qui avaient précédé ou accompagné les débuts de sa dermatose, au moment de mes premiers examens. Ajoutons que les antécédents de famille sont très satisfaisants, que les frères et sœurs très nombreux de la malade sont absolument sains. Ajoutons enfin, qu'une médication récemment faite avec excès par la malade, a pu contribuer dans une certaine mesure, au développement assez rapide et surtout à la multiplication des foyers d'ulcérations. Consulté sur le traitement à opposer au mal qui débute au-dessous de l'œil droit, un médecin espagnol a prescrit l'usage interne de quelques gouttes de teinture d'iode. Pressée d'en finir avec un mal qui la défigure, Mlle X... prend les gouttes sans compter, elle en arrive presque à l'iodisme subaigu ; aussi a-t-elle maigri, a-t-elle l'estomac très fatigué, et présente-t-elle une proie d'autant plus facile au lupus qu'elle voulait combattre.

La malade repoussant d'abord une intervention chirurgicale je prescrivis, outre l'huile de foie de morue à l'intérieur, des pommades à l'iodoforme, de l'emplâtre de Vigo, etc; je fis quelques applications locales d'acide lactique. Mais ce traitement fut inefficace. L'ulcération de la joue droite progressait rapidement, surtout dans sa partie externe; elle envahissait la pommette, et formait en s'épanouissant au niveau de l'os malaire une plaque large à peu près comme une pièce d'un franc. En même temps, la perte de substance située près de l'œil gauche s'agrandissait aussi, et des tubercules isolés apparaissaient sous forme d'un petit semis sur le lobule du nez. Le raclage à la curette fut alors proposé et accepté (avril 1889). La jeune fille étant anesthésiée au chloroforme par notre ami le Dr Moure, je pratiquai avec soin l'extirpation de toutes les parties malades des ulcérations, ainsi que des tubercules isolés des oreilles et du nez ; puis le Dr Moure se chargea du curettage de la fosse nasale droite et de quelques végétations récemment apparues dans la fosse gauche.

Les suites de cette double intervention furent très simples : quelques jours après les plaies opératoires étaient cicatrisées. Les cicatrices d'abord exubérantes se sont peu à peu affaissées, et la guérison semblait complète et parfaite, quand une récidive survint.

On me pardonnera, je l'espère, d'abréger la fin de cette observation qui n'offre plus dès lors d'intérêt spécial et ne présente pas d'autre fait saillant que celui trop vulgaire de la repullula-

tion incessante des tubercules lupiques. Ceux-ci ne se sont plus montrés sur les muqueuses; ils ont été peu développés sur les joues mais ils se sont reproduits avec ténacité sur le lobule du nez. Deux nouveaux curettages ont été nécessaires (octobre 1889, mai 1890); depuis le dernier, en ayant soin d'enfoncer une pointe de galvano-cautère dans chaque tubercule qui fait son apparition, nous avons réussi à maintenir la malade dans un état voisin de la guérison. L'huile de foie de morue les phosphates et les eaux de Salies (de Béarn) ont fortifié l'état général qui est devenu tout à fait satisfaisant.

Obs. II. — *Adénites cervicales suppurées. Ulcération scrofuleuse de la face supérieure du voile, probablement très ancienne. Fistule lacrymale. Lupus de la joue et du nez.*

Au mois de novembre 1889, M. P. vient pour la première fois à la consultation dermatologique de la Faculté de médecine. C'est une jeune fille de 21 ans, exerçant la profession de culottière; elle est grande, forte, mais présente sur son facies, indépendamment de la lésion, qu'elle veut faire soigner, les attributs du tempérament scrofuleux : peau un peu grasse, nez bouffi, lèvres épaisses, etc. Elle vient à la consultation pour une large plaque rouge, offrant la forme d'un triangle, dont le sommet se trouve à l'angle interne de l'œil droit, dont la base légèrement ondulée part du dos du nez un peu au-dessus du lobule pour se terminer un peu au-dessous de la partie moyenne de la paupière inférieure droite. Toute cette plaque est située ainsi sur le côté droit du nez et sur la joue correspondante; cependant le bord interne en décrivant des sinuosités empiète çà et là sur la moitié gauche du nez. La couleur de cette plaque est rouge, d'un rouge plus foncé en dedans et en bas qu'en haut. L'extrémité externe et le bord interne sont couverts de croûtes revêtant de petites ulcérations. Au sommet existe une cicatrice blanche et plissée, sur l'origine de laquelle nous aurons à nous expliquer. L'ensemble de la plaque est saillant, infiltré, épaissi. En dehors d'elle et près du lobule, existe un tubercule un peu plus petit qu'un pois, non ulcéré, de couleur jaune rougeâtre, enchâssé dans le derme et faisant une saillie très légère. Toutes ces lésions sont indolores, soit spontanément, soit à la pression; le grand froid y détermine seulement quelques picotements. Les parties ulcérées ne sécrètent rien en dehors de la petite quantité d'exsudat qui se concrète en croûtes; elles ne saignent que lorsqu'on enlève ces dernières.

L'œil droit est constamment demi-clos; la cornée un peu opacifiée çà et là présente les traces d'une ancienne kératite; le point lacrymal inférieur a été incisé.

Sur les côtés du cou le long du bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien, on aperçoit cinq ou six cicatrices grandes comme des

pièces de 0 fr. 50 ou d'un franc, rouge violacé, un peu plissées, traces d'anciens abcès ganglionnaires. Une cicatrice analogue, plus déprimée et plus profonde se trouve sur la ligne médiane, en arrière du menton. Enfin pour compléter l'examen des diverses parties de la face, ajoutons que les fosses nasales sécrètent des mucosités abondantes et dégagent une odeur légèrement fétide, que la muqueuse buccale est saine et que la paroi pharyngienne postérieure est d'une sécheresse remarquable.

L'état général est bon, l'appétit excellent, la menstruation régulière. Il n'y a pas de leucorrhée. L'examen stéthoscopique ne fait constater rien de suspect.

La jeune malade déclare que la lésion actuelle a débuté il y a huit ans environ, alors qu'elle avait de 13 à 14 ans. Mais il est néces saire de remonter plus haut pour bien connaître tout son passé pathologique. Aussi loin que ses souvenirs peuvent remonter, elle se rappelle avoir mouché, avoir rejeté par les narines d'abondantes mucosités ; puis vers l'âge de sept ou huit ans, un premier abcès ganglionnaire se développa en arrière de la branche de la mâchoire inférieure à droite, abcès bientôt suivi d'autres semblables qui formèrent peu à peu un collier dont la trace est marquée par les cicatrices que nous avons signalées plus haut. A l'âge de treize ans, survint près de l'angle interne de l'œil droit un gonflement, une petite tumeur dont la pression faisait sourdre par les points lacrymaux un liquide mélangé de pus et de larmes. Cette petite tumeur s'enflamma et s'ouvrit ; c'est alors que la malade vint consulter M. Badal. L'incision du point lacrymal, le cathétérisme régulier du canal nasal eurent bientôt fait justice de cette fistule lacrymale. Mais tandis que cette lésion guérissait, d'une part la cornée s'opacifiait légèrement, d'autre part sur les bords de l'orifice fistuleux en voie de guérison se développait une zone rouge, sorte d'érythème auquel la jeune fille ne prit pas garde et qui grandissant d'année en année a fini par constituer en progressant excentriquement la lésion pour laquelle on vient réclamer nos soins.

Ce n'est pas que jusqu'à présent rien n'ait été tenté : diverses pommades, des cautérisations au thermocautère, l'usage interne de plusieurs sirops et de l'huile de foie de morue ont été successivement tentés, mais sans succès.

Le diagnostic de lupus tuberculeux ayant été porté, nous décidons d'attaquer le mal par le raclage (novembre 1889). La jeune fille supporte l'opération sans anesthésie. Hémostase à l'amadou. Pansement à l'emplâtre de Vigo. En dix jours la guérison paraît presque parfaite. Malheureusement des récidives incessantes se sont produites, et il a fallu recommencer le curettage en octobre 1890, janvier 1891, avril 1891. Au moment de cette dernière intervention le lupus a pris un développement des plus fâcheux : toute la cicatrice obtenue par les précédentes opérations est entourée d'un large liséré rouge, et sur le nez la lésion qui a envahi le lobule, a amené un gonflement énorme de cet appendice qui est bourgeonnant, tuméfié, ulcéré, couvert de

croûtes. Entre ce foyer et le liséré rouge de la cicatrice existe une bande étroite de peau saine. Sur la surface même de la cicatrice, on peut en outre constater deux ulcérations. L'état général est médiocre; la jeune malade a dû beaucoup travailler pendant l'hiver; aussi malgré l'usage régulier de l'huile de foie de morue, a-t-elle sensiblement maigri. Le 8 avril 1891, cette fois après anesthésie au chloroforme, nous pratiquons le raclage. Pansement comme précédemment. La plaie opératoire suppure abondamment mais cicatrise avec rapidité.

Depuis que M. P... s'est confiée à nos soins, j'ai pu faire examiner l'intérieur de ses fosses nasales par nos confrères Guément et Litchwitz, que je suis heureux de remercier de leur extrême obligeance. Ils ont constaté l'un et l'autre la présence d'un gros bourgeon lupique sur la face interne de l'aile gauche du nez, et sur la face postéro-supérieure du voile du palais et de la luette une vaste ulcération. La fosse nasale droite leur a paru indemne.

Obs. III. — *Lupus tuberculeux de la joue chez un homme atteint de fistule lacrymale et d'ulcération de la fosse nasale correspondante.*

Le nommé Pierre M..., âgé de 32 ans, cultivateur m'est adressé par M. le professeur Badal, au mois de décembre 1890. Quand je l'examine pour la première fois, je constate la présence d'une ulcération fongueuse occupant l'angle compris entre l'œil droit et le nez, et je constate en outre un ectropion prononcé de la paupière inférieure droite ainsi que la trace de l'incision du point lacrymal correspondant. Ces deux faits établissaient une si parfaite analogie entre le cas de P. M. et les deux observations précédentes, que ma curiosité fut vivement excitée. Je voulus savoir si ses antécédents se rapprochaient de ceux de nos deux autres malades, et voici ce que m'apprirent les notes très détaillées de M. Marichon, interne de la clinique ophtalmologique.

Antécédents héréditaires, sans intérêt,

Antécédents personnels : rougeole à l'âge de cinq ans, guérie sans avoir laissé de lésion sur les muqueuses oculaires ou nasales; à 15 ans, névralgies faciales fréquentes que le malade à attribuées à des caries dentaires.

Début et marche de la maladie. C'est en 1886 que le malade a constaté pour la première fois une sorte d'obstacle permanent dans les fosses nasales; dès cette époque, il éprouva une difficulté croissante à respirer et à souffler par le nez, qu'il sent comme obstrué à sa partie supérieure surtout du côté gauche. Vers l'année 1887, survient un écoulement de mucosités par les narines, le malade se croit atteint d'un « rhume de cerveau » chronique. Les mucosités sont parfois sanguinolentes; parfois aussi elles se concrètent en croûtes jaunâtres. Cet état catarrhal est très nettement influencé par les variations de la température extérieure. En 1889, aux symptômes

précédents qui se sont aggravés vient s'en ajouter un autre : le larmoiement de l'œil droit, et avec le larmoiement vient un peu de catarrhe conjonctival. Quelques temps après apparaît une ulcération au voisinage de l'angle interne de l'œil droit, ulcération souvent couverte de croûtes, de couleur rouge foncé, de forme circulaire à tendance envahissante. L'extension se faisant surtout vers la paupière, il en résulte un ectropion très prononcé. Des pansements à l'iodoforme, des cautérisations au nitrate d'argent, des applications de teinture d'iode améliorent l'ulcération, mais aussitôt le traitement suspendu l'ulcération reparaît de plus belle. C'est alors que le malade vient consulter le professeur Badal, qui constate outre l'ectropion et l'ulcération, un phlegmon du sac lacrymal et une fistule lacrymale ouverte dans l'ulcération même. Le point lacrymal inférieur est incisé, le sac lacrymal ouvert et raclé (mai 1890). Le malade quitte l'hôpital, puis y revient (novembre 1890) toujours dans le même état, au point de vue de l'ulcération et de l'ectropion ; mais la fistule lacrymale est fermée.

Le 2 janvier 1891 j'examine le malade, et je constate les faits suivants : Ectropion très prononcé de la paupière inférieure droite, portant surtout sur la partie interne. Le point lacrymal inférieur, incisé depuis longtemps, forme une gouttière dont la lèvre antérieure déviée par l'ectropion se relève en un relief très aigu qui contourne le grand angle de l'œil, cette gouttière est toujours pleine de larmes qui débordent et s'écoulent sur la joue. Une plaque rouge, saillante, plus grande qu'un franc, à contours irréguliers, occupe l'espace angulaire compris entre la paupière inférieure et le nez et descend un peu sur la joue. La surface de cette plaque est inégale, parsemée sur certains points de petites pustules, sur d'autres recouverte de squames. Elle est d'une couleur rouge foncé ; épaissie, infiltrée assez profondément mais sans adhérence avec les parties sous-cutanées. Des applications récentes de calomel, puis de chlorate de potasse, ont peut-être modifié l'aspect naturel de cette lésion. On surseoit donc à tout diagnostic ferme, et à toute intervention. Pas d'engorgement ganglionnaire.

Deux petits lambeaux creusés sur cette plaque sont inoculés dans le péritoine d'un cobaye, mais l'expérience n'aboutit pas. L'animal en effet est mort peu de temps après d'une affection accidentelle.

26 janvier. — Depuis trois semaines, toute application de chlorate de potasse a été suspendue; on s'est contenté, comme topique, d'une pommade au calomel à dose très faible. L'ulcération a meilleur aspect, l'infiltration est moins profonde ; la surface toujours rouge vif est manifestement parsemée de nodules tuberculeux, les uns érosifs, les autres squameux. Ces modifications se sont produites peu de jours après la cessation du chlorate de potasse ; mais depuis plus d'une semaine l'état local est resté stationnaire. Le larmoiement persiste ; mais à part l'épiphora et l'ectropion, l'œil est sain.

Relativement à l'état des fosses nasales, M. le Dr Guément, que je

ne saurais trop remercier de son obligeance, m'a remis la note suivante :

« La fosse nasale gauche est tout à fait indemme. A la partie inférieure du plancher de la fosse nasale droite, existe une ulcération superficielle, s'avançant jusqu'à l'orifice antérieur, remontant sur la cloison qu'elle a envahie dans l'étendue de quatre millimètres environ. Sur la paroi externe de la cavité, l'ulcération s'étend au méat inférieur, où nous ne pouvons la suivre, à cause de la présence du cornet inférieur, dont les dimensions sont normales. Cependant le bord inférieur de ce cornet, sur une étendue de 2 centimètres à partir de son extrémité antérieure est irrégulier déchiqueté et saignant au moindre contact ce qui nous permet de supposer que la muqueuse tapissant la face inférieure de ce repli est elle-même envahie par l'ulcération.

« L'examen rhinoscopique postérieur fait constater que la muqueuse de la partie postérieure de la cloison du cornet moyen et du cornet inférieur est saine. »

L'état général est bon. La peau est tout à fait normale et ne présente les vestiges d'aucune éruption; on constate seulement la présence d'une petite cicatrice en arrière de l'avant-bras droit, trace d'un abcès survenu en 1880. L'appareil lymphatique ne semble nullement altéré, il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire même dans la région préauriculaire qui correspond à l'ulcération. L'appétit est bon, la digestion facile, la respiration régulière. Cependant l'inspiration est un peu rude en haut à gauche et en avant; sur tous les autres points de la poitrine, l'examen stéthoscopique donne des résultats absolument normaux.

Ce jour même (26 janvier), le malade étant anesthésié au chloroforme je fais à la curette le raclage des parties malades. Autour d'elles les tissus semblent remarquablement durs et résistent bien à l'instrument coupant. Cette induration n'est ni profonde ni très étendue; elle ne pénètre pas jusqu'au sac lacrymal qui reste actuellement tout à fait étranger aux lésions cutanées. Hémostase à l'amadou. Pansement ultérieur à l'emplâtre de Vigo.

Le 9 février, la guérison est complète. La cicatrice rose pâle est souple et lisse; autour d'elle la peau normale congestionnée forme une auréole d'un rouge plus vif. L'ectropion et le larmoiement n'ont ni augmenté ni diminué.

Avant d'étudier la pathogénie des lésions ulcéreuses présentées par nos trois malades sur leur joue droite, le premier point à établir, c'est qu'il s'agit bien de lupus tuberculeux. Nous serons bref sur ce sujet-là ; car nous pensons que ces cas laissent peu de place au doute : l'aspect des lésions, la lenteur de leur évolution, l'infiltration de la peau, les croûtes épaisses qui recouvraient les ulcérations, la constatation çà et là des

nodules rougeâtres d'apparence translucide, tout cet ensemble se rapporte tellement au lupus vulgaire qu'une plus longue discussion semble inutile. Seul le malade de l'obs. III a pu prêter à une erreur de diagnostic : à son arrivée à l'hôpital St-André, alors qu'il venait de subir les applications de topiques les plus divers et sans doute les plus irritants, on hésite entre un épithélioma et un lupus. La suspension de toute thérapeutique incendiaire suffit pour remettre les choses au point ; et quand il me fut montré pour la première fois, le doute n'était déjà plus de mise.

Cependant en raison de l'incertitude qui avait pu régner pendant quelques jours, je fis, au moment du raclage, l'inoculation à deux cobayes des détritus de son ulcération. Malheureusement les animaux moururent quelques jours après par accident ; et le malade étant alors presque guéri, on ne recommença pas l'épreuve. Malgré l'absence de cette démonstration expérimentale, j'ose espérer qu'on voudra bien tenir notre diagnostic pour exact.

Chez ces trois sujets, le lupus s'est développé autour et à l'occasion d'une fistule lacrymale, mais dans des conditions un peu différentes pour chacun d'eux. L'un a vu la production néoplasique se montrer presque simultanément à l'ouverture de l'abcès du sac lacrymal (obs. III) ; chez la seconde, la succession des deux ordres de lésion a été un peu moins rapide ; enfin dans l'observation I, il semble qu'un assez long intervalle ait séparé la cicatrisation de la fistule de l'apparition du lupus ; et c'est sur la cicatrice même que les premiers tubercules ont été formés. Les choses se passent ainsi dans les cas où le lupus s'inocule sur les bords des trajets fistuleux (gommes scrofuleuses, fistules anales, etc.), tantôt la tuberculose cutanée s'établit sur les bords de l'orifice par où s'écoule le pus tuberculeux venant des régions hypodermiques, tantôt sur une cicatrice déjà constituée depuis plus ou moins longtemps (thèse de Cronier) (1). Au point de vue chronologique, nos observations sont donc comparables aux cas déjà connus d'autoinoculation, et l'inégalité des intervalles observés chez nos trois sujets entre le début de la fistule et le début du lupus est plutôt favorable que contraire à notre comparaison.

(1) Cronier. *Loc. cit.*

Mais la question de chronologie n'est ici que secondaire; et une différence autrement importante semble, à première vue, séparer nos cas de ceux de Cronier, de ceux qui ont été cités au congrès international de Copenhague dans une mémorable discussion sur le lupus (1), de ceux que mon excellent maître, M. Ernest Besnier ne manque jamais l'occasion de montrer dans ses leçons. Que voyons-nous en effet dans tous ces faits d'autoinoculation auxquels je fais allusion? Des lupus inoculés au pourtour d'orifices fistuleux, communiquant avec des *foyers tuberculeux* sous-cutanés ou plus profonds. Il s'agit toujours de gommes scrofuleuses dermiques ou ganglionnaires à suppuration intarissable, de fistules anales, de fistules ostéopathiques ou articulaires, c'est-à-dire de lésions dont le siège varie, mais dont la nature est toujours manifestement tuberculeuse. Or, il ne résulte pas a priori de nos observations que les abcès des sacs lacrymaux présentés par nos malades aient été tuberculeux. Les dacryocystites ont évolué suivant leur mode habituel, elles ont guéri par les procédés classiques, elles ne se sont même pas compliquées de carie de l'os unguis.

Si on borne là ses investigations, on ne voudra voir dans nos cas que de simples coïncidences. Les cicatrices, dira-t-on, sont toujours des points de moindre résistance. Les bords d'une fistule sont toujours plus ou moins excoriés et forment un terrain prêt à recevoir et à faire germer la graine bacillaire, d'où qu'elle vienne. Pourquoi s'étonner dès lors de trouver un lupus sur les bords d'un orifice ulcéré ou cicatrisé? Pourquoi s'obstiner à chercher à l'intérieur des lésions un germe qui a fort bien pu venir du dehors, et qui s'est simplement développé en ce point parce qu'il y a trouvé des conditions plus favorables à son entretien et à sa reproduction?

Tout cela est fort juste en thèse générale. Mais si, dans mes trois observations, je trouve dans le sujet lui-même le bacille, je demanderai à mon tour s'il est bien légitime d'attribuer le lupus à des germes venus du dehors. Or, je crois pouvoir démontrer que les lésions des voies lacrymales sont ici en relations plus ou moins étroites avec des foyers de tuberculose localement développés dans une muqueuse voisine, et que sous une apparence vulgaire elles sont elles-mêmes de nature bacillaire. Reprenons à cet effet nos observations.

(1) Congrès de Copenhague. In *Annales de dermatologie* (1884).

Les premiers phénomènes qui ont frappé nos malades, avant leur dacryocystite, avant le larmoiement, au début même de leur affection, ce sont des phénomènes relevant des fonctions nasales ; gêne dans les narines ou dans les cavités nasales plus profondes, enchifrènement, écoulement muco-purulent ou sanguinolent par le nez, obstruction des narines par des croûtes épaisses, voilà ce que nous relevons chez eux à des degrés divers. Peu accentués peut-être dans l'observation I, ces phénomènes se font remarquer par leur netteté dans l'obs. III et par leur longue durée et leur ancienneté dans l'obs II. Dans celle-ci la malade, en effet, a constaté ces troubles depuis dix ans ; et le collier de cicatrices dont son cou est entouré accentue encore l'importance des lésions nasales. Ces cicatrices, en effet, sont rangées pour la plupart le long des bords du sterno-mastoïdien, correspondant ainsi aux ganglions que Simon et Panas nous ont décrits comme les aboutissants des lymphatiques des fosses nasales.

L'examen rhinoscopique vient d'ailleurs confirmer ce que le récit des malades permettait de supposer. MM. Moure, Guément, Lichtwitz, nos distingués confrères, si compétents en laryngologie et en rhinologie ont examiné chacun un de nos malades, et chacun a relevé des lésions considérables : lupus de la muqueuse nasale au niveau du cornet inférieur droit (obs. I) ; ulcération allant du méat inférieur à la cloison en occupant toute la largeur du plancher (obs. III) ; vaste ulcération envahissant toute la face supérieure du voile palatin (obs. II). Comme aspect objectif, comme troubles fonctionnels qui en dépendent, ces lésions de la muqueuse nasale se rapportent exactement soit au type de lupus décrit par Raulin (1), soit au type d'ulcération étudié par Cartaz (2) ; dans tous les cas, elles relèvent à n'en pas douter, de la tuberculose des fosses nasales.

Ainsi nos malades ont de la tuberculose nasale, l'examen rhinoscopique nous le prouve ; et les commémoratifs nous apprennent que c'est par cette tuberculose que leur maladie a commencé ; car, je le répète, les troubles rhinologiques ont précédé de longtemps les troubles lacrymaux et de plus longtemps encore l'apparition du lupus à la surface de la joue. Dans

---

(1) RAULIN. *Lupus primitif de la muqueuse nasale*. Thèse. Paris, 1889.

(2) CARTAZ. Tuberculose des fosses nasales. *Bulletin Société clinique de Paris*, 1887.

ces conditions l'enchaînement des lésions paraît assez simple à comprendre.

Un foyer tuberculeux s'est formé dans les fosses nasales : ce fait n'a rien de surprenant. Le professeur Cornil a démontré la possibilité de l'infection par l'agent de la tuberculose des muqueuses dont le revêtement épithélial est intact (Thibierge, *loc. cit.*, p. 686). D'ailleurs, quoi de plus fréquent que le coryza, et quoi de plus capable de bouleverser la surface épithéliale de la pituitaire. Donc un foyer tuberculeux se forme ; il se propage, il se multiplie. Il se propage par extension directe, ou il se multiplie suivant que les bacilles promenés çà et là suivant les hasards de la circulation des mucosités qui les charrient, viennent s'implanter dans tel ou tel point des fosses nasales.

Le méat inférieur, le cornet inférieur ont été ainsi atteints dans deux de nos observations (I et III). Dans l'obs. II, il n'en est pas ainsi, mais nous sommes en droit d'admettre d'après les commémoratifs, qu'à un certain moment il y a eu des lésions diffuses de la muqueuse, et il est probable que les bacilles ont été alors amenés dans cette région. Mais, laissant cette observation de côté actuellement, nous retenons les deux autres où la lésion tuberculeuse de la région susdite est patente. Or c'est là précisément le point où vient s'ouvrir le canal nasal. Il s'ensuit que l'écoulement des larmes est gêné : d'où épiphora, tumeur lacrymale, dacryocystite, ouverture du sac et fistule. Cette série est toute naturelle, elle est la conséquence des lois de la pathologie générale des organes creux. La disposition anatomique des voies lacrymales et du méat inférieur aurait dû le faire prévoir, et nous avons été surpris de voir que la plupart des rhinologistes se préoccupaient à peine du retentissement possible des affections nasales sur les voies lacrymales.

Cependant dans son excellente thèse, le Dr Raulin y fait allusion. « L'épiphora double ou unilatéral peut se rencontrer plus fréquemment, dit-il, que les complications auriculaires, dans le lupus des fosses nasales. En effet, le canal vient s'ouvrir au-dessous de la partie antérieure du cornet inférieur ; et comme les lésions lupiques se propagent presque toujours vers cette région, il est vraisemblable d'admettre que cette ouverture puisse être obstruée à un moment donné par un bourgeon lupique. Mais si c'est une complication qui théoriquement peut se produire, elle n'a pas été observée une seule fois, ou du moins

elle n'a pas été signalée dans les observations que nous rapportons. » Nos faits réalisent le processus si judicieusement prévu par Raulin, mais que cet auteur n'avait pas rencontré (Raulin, Lupus primitif de la muqueuse nasale. Thèse, Paris, 1889).

Formée par le mécanisme que nous venons d'indiquer, la tumeur lacrymale ne saurait être une tumeur vulgaire. La dacryocystite ne peut être alors que tuberculeuse ; le pus et les larmes qui passeront par la fistule lacrymale seront forcément chargés de bacilles tuberculeux. La constatation du fait par le microscope ou l'inoculation nous fait défaut, les malades étant guéris de leurs lésions lacrymales quand nous les avons examinés. Mais nous ne croyons pas faire une pétition de principes en l'admettant. Dès lors nos fistules lacrymales rentrent dans la catégorie des fistules tuberculeuses dont nous parlions plus haut, et elles deviennent tout aussi capables que des fistules anales ou ostéopathiques d'inoculer un lupus sur les bords de leur orifice. Nous sommes convaincu que c'est par ce mécanisme que nos malades ont vu naître leurs lésions lupiques.

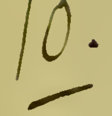
La discussion qui précède peut se résumer dans les propositions suivantes :

1° Certains lupus de la joue peuvent se développer autour d'une fistule lacrymale en activité ou cicatrisée.

2° Dans ces cas, la fistule laissant écouler au dehors des produits tuberculeux n'est que la conséquence éloignée d'une lésion tuberculeuse de la muqueuse nasale, qui a amené l'obstruction du canal nasal.

3° L'examen rhinoscopique et un traitement local, s'il y a lieu doivent compléter, en pareilles circonstances, l'œuvre du dermatologiste et de l'ophtalmologiste.

Clinique ophtalmologique de la Faculté de Bordeaux.



DU LEUCO-SARCOME DE LA CHOROIDE

Par le Dr **Félix LAGRANGE**
Professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux, membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris.

Les leuco-sarcomes de la choroïde sont à la fois assez rares pour que chaque cas particulier intéresse au plus haut degré

l'anatomo-pathologiste, et assez fréquents pour que le clinicien doive s'attacher à les bien connaître.

Leur apparition au milieu d'un tissu pigmenté qui ne prend pas part à leur évolution constitue une particularité dont l'explication n'a pas été donnée, leur diagnostic différentiel avec les autres néoplasmes de l'œil présente encore bien des points obscurs et la thérapeutique ne peut que gagner à une étude approfondie de l'étiologie et de la symptomatologie de ces productions morbides.

Depuis le mémorable ouvrage de Fuchs sur le sarcome du tractus uvéal (Vienne, 1882), aucun travail d'ensemble n'a été publié sur la question. Il nous a paru opportun de revenir sur ce sujet d'autant plus que grâce à l'obligeance du professeur Badal nous avons la bonne fortune de posséder deux observations inédites dont l'histoire anatomique et clinique mérite d'être connue.

Avant d'entrer dans le cœur même du sujet voyons où en est restée la question du leuco-sarcome choroïdien et quels sont les principaux travaux qui lui ont été consacrés.

Les anciens observateurs dont l'opinion ne pouvait reposer sur une étude histologique confondaient sous le nom générique de fongus médullaire le sarcome blanc de la choroïde, le gliome de la rétine et le carcinome métastatique, en général, des membranes de l'œil. Knapp s'appliqua à différencier ces lésions il leur assigna à chacune une origine particulière et chercha notamment à démontrer que le leuco-sarcome de la choroïde était dépourvu de pigment parce qu'il partait de la couche chorio-capillaire peu riche en substance pigmentaire.

Virchow, qui étudia le leuco-sarcome fut beaucoup moins affirmatif à l'égard de son origine. « Il y a, dit-il, des sarcomes « incolores qui ont paru primitivement dans la choroïde. J'ai « examiné moi-même un cas analogue qui ne pouvait être « douteux puisqu'on y voyait essentiellement des cellules « fusiformes. Hulke décrit un cas analogue comme cancer mé- « dullaire. Il est possible que dans ces cas la partie interne « moins pigmentée de la choroïde soit le point de départ de la « tumeur. En attendant, il y a aussi des sarcomes incolores, « notamment des sarcomes à cellules multinucléaires qui se « trouvent en des endroits où n'existe normalement que du « tissu pigmenté. J'ai vu un sarcome de ce genre sur l'iris. Je

« ne doute pas que ce phénomène n'ait une cause locale « quoique je ne sois pas dans le cas de l'indiquer ici. »

Brière (1) qui cite cette opinion de Virchow adopte l'explication de Knapp et pense qu'on peut reconnaître d'après la façon dont un sarcome est pigmenté le point de la choroïde qui lui a donné naissance. Ce dernier auteur rapporte plusieurs observations de leuco-sarcome dues à Knapp, de Graefe, Hirschberg, Hasket-Derby ; il décrit à part le fibro-sarcome qui cependant, lorsqu'il ne renferme pas de pigment est un leuco-sarcome et rien de plus, celui-ci pouvant renfermer des cellules conjonctives à diverses périodes de leur évolution.

Poncet, dans son atlas, donne deux exemples du sarcome blanc dont l'un à petites cellules, de consistance assez ferme, aux allures bénignes avait fini par amener au bout de plusieurs années l'atrophie du globe. Cet auteur fait remarquer que les sarcomes absolument blancs sans une tache mélanique sont extrêmement rares ; son cas de sarcome à petites cellules présentait lui-même quelques taches mélaniques, débris évidents dit-il, du pigment normal. Cette dernière observation est très judicieuse ; il y a presque toujours dans les sarcomes blancs des taches pigmentaires, mais lorsqu'il est certain que ces éléments colorés sont ceux du tissu préexistant et qu'il n'y a pas formation de nouvelles cellules mélaniques, la tumeur est bien un leuco-sarcome.

Fuchs, en 1882, a fait une histoire complète du sarcome du tractus uvéal et tout ce qu'il en a dit reste à peu de chose près définitivement acquis. Nous retrouverons et utiliserons fréquemment dans ce travail les opinions qu'il a soutenues.

Depuis, un certain nombre d'observations et de mémoires ont été publiés sur ce sujet ; nous citerons particulièrement la thèse de Papilliau (Paris, 1883), une observation de Fieuzal, une étude anatomique de Fontan sur une pièce de Galezowski, le fait typique de Treitel et plusieurs autres qu'on retrouvera plus loin.

Tous ces faits sont résumés dans les tableaux suivants. Nous les faisons suivre de l'histoire in extenso de deux observations inédites qui nous ont été communiquées par le professeur Badal.

---

(1) Brière. *Du sarcome de la choroïde.* Th. Paris, 1874.

Nos (1)	Auteur et source bibliographique	Age, sexe et côté	Anamnèse	Etat du malade au moment de l'opération	Tension et acuité visuelle.	Opér…
1	Landsberg. *Arch. de Knapp*, 2 abtheilung, 1879,	8 ans, sexe masculin Œil droit.	Troubles de la vision depuis quatre mois. Pouvait encore lire il y a 2 semaines.	Derrière la lentille apparaît une excroissance blanche.	T. normale et vision nulle.	Énuclé…
2	Knapp. Die intraoculären Geschwülste 1868, Carlsruhe.	Homme. 30 ans, A droite.	Perte de la vision depuis 7 mois.	Cinq petites grosseurs jaunes avec des stries rouges apparaisent en dedans de la papille.	T. normale. $A = \frac{4}{200}$	Énuclé…
3	H. Derby. *Boston medical and surgical Journal*, 1872, p. 85.	Homme. 58 ans. Œil gauche.	Depuis un mois, rétrécissement du chāmp visuel par en bas.	Au-dessus de la papille tumeur bien limitée recouverte par la rétine.	T. normale. $A = \frac{20}{30}$	Énuclé…
4	Jeffries. *Transactions of the american Journal Ophtal. Society*, 1873.	Homme. 60 ans. Œil gauche.	... .	Tumeur à la partie interne. A l'ophtalmoscope, on voit que la tumeur est recouverte par la rétine.	Peu de vision.	Énuclé…
5	Becker. *Arch. de Knapp*, I B., 2 abtheil., p. 214.	Homme. 28 ans. Œil droit.	Depuis dix mois, troubles de la vision; à cette époque, tumeur circonscrite en dehors de la papille avec rétine adhérente. Depuis huit jours, phénomènes glaucomateux.	État glaucomateux.	T. élevée. A = ?	Énuclé…
6	Nettleship. *Ophthalmic hospital, Reports*, VIII B. 2 abtheil., 1875, p. 264.	Femme. 12 ans. Œil droit.	Douleurs depuis six semaines.	Forte inflammation, reflet gris dans la profondeur.	T. nulle. A. nulle.	Énuclé…
7	Fuchs. *Loc. cit.*	Femme. 53 ans. Œil gauche.	Depuis quatre mois troubles de la vision; depuis huit jours douleurs.	2e période, apparition du glaucome, reflet jaunâtre en arrière du cristalin.	T. élevée. Vision nulle.	Énuclé…
8	Knapp. Die intraoculären Geschwülste, Carlsruhe, 1868.	Homme 6 ans. Œil gauche.	Traumatisme depuis assez longtemps. Après une inflammation apparaît une ectasie de la sclerotique.	Staphylôme équatorial interne, derrière le cristallin masse jaune striée de rouge.	T. élevée. A. nulle.	Énuclé…

(1) Les 25 premières observations sont empruntées au mémoire de Fuchs, Das Sarkom des Uvealtractus. Vienn…

…sultat	Volume et forme de la tumeur	Origine et siège de la tumeur	Etude microscopique de la tumeur	Etat des parties voisines
…uéri …puis …ns ½.	La tumeur a le volume d'une lentille.	La tumeur est née dans la choroïde antérieure, couche des gros vaisseaux.	Cellules fusiformes.	Rétine décollée au milieu de la masse dégénérée, foyers microscopiques au-dessous de la membrane vitreuse.
…fort …6 mois …vec …érali- …tion …es cotes.	Globuleuse, du volume d'une noisette.	Siège en dedans de la couche Hallérienne.	Cellules rondes disposées en alvéoles, état télangiectasique.	Rétine non décollée et déchirée au voisinage de la tumeur qui tombe dans le corps vitré.
....	Tumeur aplatie.	S'étend du nerf optique à l'ora serata dans le segment supérieur.	Cellules rondes un peu fusiformes avec des parties alvéolaires.	Rétine adhérente.
....	....	Siège en avant et près le bord interne du corps ciliaire.	Cellules fusiformes.	Rétine fait corps avec la tumeur.
…as …cidive …9 ans.	Du volume d'une noisette.	Siège en avant sur le côté externe dans les couches moyennes de la choroïde.	Petites cellules fusiformes.	Rétine un peu soulevée adhérente au sommet de la tumeur.
....	Epaisseur de 5 .mill. avec une large base.	Siège contre l'équateur de l'œil à la partie externe et en bas.	Grosses et petites cellules rondes, cellules géantes ; non typique.	Décollement de la rétine ; beaucoup de petits nodules dans la choroïde, l'iris et la rétine, filaments tendus de la choroïde à la rétine.
…ort …4 ans …un …nome …tomac … foie.	Grosse comme une amande.	A la partie externe, à l'équateur, dans la couche de Haller.	Petites cellules fusiformes.	Décollement total de la rétine, cristallin comprimé.
…ore …ison …2 ans …nois.	Grosseur du volume d'un grain de millet mamelonnée.	Siège en dedans, à l'équateur.	Foyer central de suppuration semblable à un tissu de granulation.	Entre la sclérotique et la choroïde, sous la tumeur un autre foyer de suppuration.

…s sont le resultat de nos recherches bibliographiques personnelles.

Nos	Auteur et source bibliographique	Age, sexe et côté	Anamnèse	Etat du malade au moment de l'opération	Tension et acuité visuelle	Opér[illegible]
9	Hirchsberg, *Arch. Graefe*, XXII B., 1 abth., p. 135, 1876.	Femme. 2 ans.	Inflammation depuis quatre semaines.	Iritis avec reflet jaune dans la profondeur.	T. élevée. A. nulle.	Énuclé[illegible]
10	Holmes. *Arch. de Knapp*, VII B., 2 abth., p. 301, 1868.	Homme. 43 ans. Œil droit.	Depuis deux ans scotome central. Douleurs depuis trois semaines.	Etat glaucomateux. Cataracte.	T. élevée. A. nulle.	Énuclé[illegible]
11	Hirschberg. *Klinick Monats-blatt*, VII B., p. 77, 1869.	Homme 50 ans. Œil gauche.	Depuis une année décollement de la rétine en dehors ; douleurs depuis peu de temps.	Etat glaucomateux	T. élevée. Acuité nulle.	Enuclé[illegible]
12	Landesberg, *Arch. de Graefe*, XV B., 1 abth., p. 210, 1869.	Homme. 61 ans. Œil droit et œil gauche.	Depuis 5 années la rétine est décollée des deux côtés ; à droite commencement de glaucome. depuis 8 jours,	Etat glaucomateux à droite ; à gauche dans la macula la rétine présente reflets jaunâtres avec flocons blancs, gros scotome central.	T. élevée. à droite, normale à gauche, acuité 17 % à gauche	Enucl[illegible] de l'[illegible] dr[illegible]
13	Fuchs. *Loc. cit.*	Femme. 50 ans. Œil droit.	Depuis une année troubles de la vision ; depuis trois semaines douleurs.	Etat glaucomateux ; dans le bord apparaît un reflet jaunâtre.	T. élevée A. nulle.	Enucl[illegible]
14	Holmes. *Archives de Knapp*, VII B., 2 abtheil., p. 301, 1868.	Homme. 35 ans. Œil gauche.	Depuis 25 ans inflammation grave ; depuis lors vision médiocre ; depuis huit ans coup suivi de complications inflammatoires pendant un an, accroissement de l'œil dans les 3 dern. années.	Cornée opacifiée saillante en avant. Staphylôme équatorial en dedans et en haut.	T. normale Vision nulle.	Enucl[illegible]
15	Schiess (G.). *Archives de Virchow*, XXXIII B., p. 489, 1865.	Femme. 59 ans. Œil droit et œil gauche.	Les deux yeux sont malades depuis neuf mois, l'affection a marché un peu plus vite dans l'œil gauche.	Cornée droite trouble œil gauche a l'air d'une masse charnue; la cornée est trouble avec des points blanchâtres.	Vision nulle.	Enucl[illegible]

…ésultat	Volume et forme de la tumeur	Origine et siège de la tumeur	Etude microscopique de la tumeur	Etat des parties voisines
....	Tumeur haute et large de 9 millim.	Siège à la partie externe et tout près du nerf optique.	Petites cellules rondes et cellules géantes.	La tumeur s'étend de la lamina fusca à l'épithèle pigmenté ; la rétine est épaissie à son niveau.
....	Tumeur remplit la partie postérieure de l'œil.	Segment postérieur dans les couches moyennes de la choroïde.	Petites cellules fusiformes.	Décollement de la rétine en forme d'entonnoir.
....	Tumeur de 10 mill.	En dehors et en bas de la partie postérieure dans les couches moyennes et internes.	Cellules fusiformes.	La rétine est complètement décollée et le cristallin repoussé.
…us tard …ouleurs …araissent aussi sur …l gauche	Tumeur du volume d'un pois ; pédiculée.	Siège des 2 côtés à la partie postérieure. Part de la couche des cellules incolores du stroma de la choroïde.	Grandes cellules fusiformes.	Décollement total de la rétine.
…uérison …nstatée …près …n an … demi.	Gros comme une noisette, pédiculée ; col aminci parallèle à l'axe du nerf optique.	En dehors, siège dans la couche des gros vaisseaux.	Petites cellules fusiformes.	Décollement total de la rétine.
....	Tumeur remplit la coque oculaire.	....	Cellules rondes et fusiformes dans toute la partie externe du néoplasme ossification partielle	Iris en partie inclus dans la tumeur ; on ne distingue ni le cristallin ni la rétine, la supra-choroïde est conservée ; ce n'était peut-être qu'une production inflammatoire.
Mort … mois …rès de …umonie.	A droite épaississement diffus de la choroïde très marqué autour du nerf optique ; à gauche épaississement diffus très marqué à l'équateur ; l'œil est presque rempli par le néoplasme	....	A droite quelques parties contiennent des cellules rondes d'autres du tissu fibreux un peu pigmenté à gauche petites cellules rondes sans pigment.	Œil droit au moment de l'énucléation en voie de phtisie ; à gauche occlusion de la pupille ; décollement total de la rétine ; les petites cellules s'infiltrent en certains points jusqu'à la sclérotique. Ce n'est peut-être qu'une néoplasie inflammatoire.

Nos	Auteur et source bibliographique	Age, sexe et côté	Anamnèse	Etat du malade au moment de l'opération	Tension et acuité visuelle.	Opérat[illegible]
16	Landsberg. (in Görlitz) *Klinik Monast.* XI B., p. 487, 1873.	Femme. 28 ans. Œil gauche.	Après l'excision de l'hymen, abcès aux parties génitales, six semaines après perte subite de la vision avec violente irido-choroïdite.	Irido-choroïdite avec cataracte.	T. normale. V. nulle.	Énucléa[illegible]
17	Holmes. *Arch. de Knapp.* VII B., 2 abth., p. 301, 1868.	Homme. 47 ans. Œil droit.	Depuis douze ans, troubles de la vision. Depuis 2 ans, douleurs.	Occlusion pupillaire chambre antérieure agrandie.	T. élevée. Vision nulle.	Énucléa[illegible]
18	Quaglino et Guaita. *Annali di Ottalmologia*, 1877, 2 Heft, et 1879, 2 Heft.	Homme. 43 ans. Œil droit.	Douleurs depuis quatre ans, dès le début, on aperçoit dans le corps vitré une masse jaune.	Glaucome absolu.	T. très élevée. Vision nulle.	Énuclé[illegible]
19	Alt. *Arch. de Knapp.* VII B., 1 abth. p. 381, 1878.	?	?	Segment antérieur de l'œil très augmenté de volume.	....	Énuclé[illegible]
20	Alt. *Arch. de Knapp.* VI B., 1 abth., p. 1, 1877.	Homme. 8 ans. Œil droit.	Huit mois avant traumatisme, deux mois après apparaît une petite grosseur à l'angle interne de l'œil.	A la partie antérieure de l'œil grosseur du volume d'une petite pomme.	Vision nulle.	Énuclé[illegible]
21	Berthold. *Arch. de Graefe.* XV B., 1 abth., p. 159, 1869.	Femme. 7 ans. Œil droit.	Apparition du mal remonte à deux mois.	La rétine est visible à l'éclairage direct.	T. normale. Vision nulle.	Énuclé[illegible]
22	Hutchinson. *Ophtalm. Hospit. Reports*, V B., p. 88, 1866.	Femme. 46 ans. Œil droit.	Rétine décollée depuis six mois ; depuis trois jours, douleurs.	Glaucome absolu.	T. élevée. Vision nulle.	Énuclé[illegible] suiv[illegible] de l'exc[illegible] totale[illegible] nerf opt[illegible]

ésultat	Volume et forme de la tumeur	Origine et siège de la tumeur	Etude microscopique de la tumeur	État des parties voisines
uérison nstatée s un au demi.	S'étend jusqu'à la lentille.	Du côté externe.	Cellules fusiformes.	Pendant l'opération l'œil fut accidentellement ouvert, une cuillerée à café de pus de bonne nature s'écoula. Il s'agissait sans doute d'une choroïdite métastatique. Il y eut erreur de diagnostic.
....	Du volume d'une cerise.	Couches extérieures de la choroïde.	Petites cellules rondes et cellules fusiformes.	Rétine disparue.
uérison s un an.	Tumeur arrondie 9 mill. de diamètre.	Partie externe du segment postérieur.	Cellules rondes avec substance gélatineuse inter-cellulaire, îlot myxomateux.	La tumeur paraît s'être développée sur la lame vitreuse et recouverte par l'épithélium pigmenté.
....	Tumeur remplit toute la partie antérieure de l'œil.	Origine dans la partie antérieure de la choroïde ; s'avance sur la cornée et la conjonctixe sans produire une grosse nodosité.	Cellules rondes et fusiformes avec nombreux îlots cartilagineux provenant de la dégénérescence du corps vitré.	Le segment postérieur de l'œil est rempli d'un exsudat séreux.
us tard récidive extirpée.	La tumeur intra-oculaire est petite.	Origine dans la partie antérieure de la choroïde, à travers la cornée détruite sort une grosseur d'un diamètre de 4 centim.	Cellules rondes et fusiformes avec quelques alvéoles ; au milieu îlot cartilagineux.	La rétine est complètement décollée le nerf optique est excavé et atrophié.
érison statée 9 mois.	Tumeur petite.	Siège du côté temporal et en arrière. La tumeur s'avance en avant sur la rétine. Une grosseur du volume de la moitié d'un haricot siège dans la sclérotique, à la partie postérieure de l'œil.	Tissu rappelle celui des granulations.	La choroïde généralement tachetée présente par endroits de petits tubercules blancs ; la rétine est épaissie mais non décollée.
érison statée 3 mois.	Tumeur du volume de la moitié d'un noyau de cerise.	Siège au-dessous de la papille ; le nerf optique est dégénéré au voisinage de l'œil.	....	....

Nos	Auteur et source bibliographique	Age, sexe et côté	Anamnèse	Etat du malade au moment de l'opération	Tension et acuité visuelle.	Opérati
23	Nettleship. *Ophtalm. Hospital Report*, VII B., 3 abth., p. 385, 1872.	Homme. 78 ans. Œil droit.	Depuis treize ans, atrophie à la suite d'une inflammation spontanée; depuis trois semaines, exophtalmie.	Protrusion de l'œil phtisique.	T. abaissée. Vision nulle.	Énucléat
24	Hirschberg, *Klinick Monatsblat*, VII B., p. 77, 1869.	Femme. 8 ans. Œil gauche.	Depuis plus de 6 mois, trouble de la vision ; depuis 5 mois, excroissance rapide.	Tumeur de la grosseur d'une pomme ; au milieu, la cornée atrophiée ; les ganglions sous-maxillaires sont engorgés.	Vision nulle.	Énucléat les gangl ne sont enlevé
25	Hirschberg, *Arch. de Graefe*, XVI B., 1 abth., p. 296, 1870.	Femme. 12 ans. Œil gauche.	Depuis un an, reflet dans les parties profondes ; pas de douleurs.	Glaucome, buphtalmie ; la cornée est saillante en dehors et en haut.	T. élevée. Vision nulle.	Énucléat nerf opt excisé
26	Perrin, *Soc. de chirurgie*, 1875, p. 267.	Homme. 22 ans.	....	Décollement occupant toute l'étendue du fond de l'œil, sauf zone transversale, en dehors de la papille, occupée par masse saillante gris jaunâtre, couverte d'un réseau capillaire propre au néoplasme.	T. élevée. Phénomènes glaucomateux.	Énucléat
27	Treitel, *Arch. de Graefe*, t. XXIX, fascicule 1, 1885.	Homme. 66 ans.	Tumeur avait depuis longtemps envahi le globe de l'œil	....	Vision nulle	Énucléa
28	Fieuzal, *Bulletin des Quinze-Vingts*, janvier-mars 1884.	Homme. 56 ans. Œil droit.	Il y a quatre ans, névralgie trifaciale, puis sarcome sous-maxillaire à droite. Iritis ayant nécessité l'iridectomie.	Iris présente exsudat jaunâtre semblable à un condylome ; tension normale, poussées de douleurs très vives.	T. normale encore un peu de vision.	Énucléa

sultat	Volume et forme de la tumeur	Origine et siège de la tumeur	Etude microscopique de la tumeur	Etat des parties voisines
t après ıx ans obable- nt par énéra- ation.	La choroïde se présente dans l'œil flétri sous la forme d'un tractus noir très épaissi sur un point, la sclérotique déchirée en arrière laisse passer une tumeur grosse comme un œuf de poulet.	....	Cellules fusiformes.	La partie antérieure du nerf optique est comprise dans la tumeur, la partie postérieure est normale.
ı mois près anglions ıt gros omme ı poing adulte.	La choroïde tout entière est dégénérée surtout en bas où elle a 5 mill. 1/2 d'épaisseur.	Tumeur s'est développée dans le milieu et dans les parties externes de la choroïde; en arrière, tumeur épisclérale grosseur de 15 à 30 mill. de diamètre.	Petites cellules rondes.	Au-dessus de la tumeur la membrane vitreuse est partout conservée; la rétine est décollée, la sclérotique atrophiée ne paraît pas perforée; le nerf optique est sarcomateux au voisinage du bulbe et atrophié en arrière.
érison astatée s 4 mois.	La choroïde dégénérée présente jusqu'à 5 millim. d'épaisseur.	A la partie supérieure de la cornée grosseur d'une longueur de 9 mill. sur 3,5 d'épaisseur à ce niveau la coque oculaire est perforée.	Petites cellules rondes.	La rétine est à sa place; sur un point on y trouve une grosseur de forme lenticulaire de 4-5 mill. sur 1-5 mill.
....	Tumeur ronde saillante, un centimètre dans tous les sens, faisant saillie de 6 mil.; vaisseaux nombreux constatés sur le vivant.	....	L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un sarcome blanc.	— *N. B.* — Il est probable que cette observation se rapporte à l'un des deux examens de sarcome blanc publiés par Perrin et Poncet, dans leur atlas.
....	Néoplasme remplissait l'œil.	Développée dans la couche des gros vaisseaux.	L'auteur diagnostiq. sarcome choroïdien, surtout à cause de l'âge du patient (66 ans).	La tumeur adhère à la coque oculaire par une sorte de pédicule; adhérence du néoplasme à la pupille.
érison astatée ès 3 ans, enace énérali- ation moment.	Tumeur molle, grisâtre, de la grosseur d'un petit haricot.	Développée à la fois dans la choroïde et dans le corps ciliaire, point de départ dans la choroïde.	Cellules embryonnaires denses, pressées les unes contre les autres ; cellules petites à noyau volumineux remplissant presque toute la cellule.	Dans le corps ciliaire, les cellules embryonnaires sont clairsemées et séparées les unes des autres par des espaces restés sains ; au côté interne de la tumeur zone pigmentée la délimitant exactement.

Nos	Auteur et source bibliographique	Age, sexe et côté	Anamnèse	Etat du malade au moment de l'opération	Tension et acuité visuelle.	Opérat
29	Chevallereau. Th. Papillan, Paris, 1883.	Femme. 2 ans 1|2.	Malade n'a jamais vu de l'œil malade; depuis trois mois, augmentation rapide du mal.	L'œil offre une fois et demie le volume normal ; ulcération suppurante de la cornée.	Vision nulle.	Énucléa
30	Castaldi. *Riforme Medica.*, septembre 1887.	....	Tumeur de la choroïde coïncidant avec une tumeur de la sclérotique.	....	....	Énucléa
31	Dianoux. Communication personnelle.	Homme. 45 ans. Œil gauche.	Décollement de la rétine sans traumatisme sans diathèse faisant soupçonner une tumeur.	Six mois après tumeur devient évidente, vue par transparence à travers la rétine sous forme d'un bourgeon à sommet arrondi, corps vitré très transparent, pas de douleurs.	....	Énucléa
32	Galezowski-Fontan. Communication personnelle et *Recueil d'ophtalmologie*, juillet 1889, p. 388.	Homme. 40 ans. Œil gauche.	Depuis deux ans, œil totalement perdu ; la perception lumineuse n'existe pas.	Douleurs très vives ; œil très volumineux, Dur au toucher.	T. élevée. Vision nulle.	Énucléa
33	Ducamp. *Montpellier méd.*, juin 1889.	Homme. 36 ans. Œil droit.	Quatre années avant, traumatisme violent sur l'œil; un mois avant l'entrée à l'hôpital, saillie staphylomateuse.	Douleurs très vives ; la chambre antérieure est effacée.	T + 3	Énucléa
34	Badal et Lagrange, présent mémoire.	Femme. 4 ans. Œil droit.	Début de l'affection remonte à huit mois.	Œil très augmenté de volume, très déformé.	T. élevée Vision nulle.	Énucléa

ésultat	Volume et forme de la tumeur	Origine et siège de la tumeur	Etude microscopique de la tumeur	Etat des parties voisines
écidive apide mort.	Tumeur remplit la coque oculaire.	Dans la choroïde sans qu'on puisse préciser la couche du début.	Tumeur est un leuco-myxo-sarcome ; masse spongieuse formée d'éléments arrondis, embryo-plastiques au pourtour du nerf optiq.	La sclérotique très amincie renflée, est infiltrée par des masses sarcomateuses ; l'entrée du nerf optique est infiltrée par le sarcome, rétine détruite.
ux ans après cidive mort.	....	Lames externes de la choroïde ; tissu connectif de l'espace de Schwalbe.	Sarcome encéphaloïde à petites cellules né dans l'espace de Schwalbe, avec propagation dans la gaine vaginale du nerf optique.	Il existe en même temps un carcinome de la sclérotique qui d'après Castaldi serait un cas unique. ?
uérison nstatée ès huit ans.	Tumeur en forme de champignon.	Développée à la partie supéro-interne de la choroïde.	Sarcome fuso-cellulaire sans mélanose.	....
....	Tumeur de 18 millimètres d'épaisseur.	Siège au niveau de l'insertion des deux obliques et du droit externe, dans la choroïde sans qu'il soit possible de préciser la couche.	Sarcome globo-cellulaire substitué à la choroïde. Cellules fusiformes.	Sclérotique détruite ; traînées sarcomateuses sous-conjonctivales ; cellules sont rondes dans la choroïde, fusiformes dans les traînées scléroticales ; région cilio-iridienne n'est pas envahie par le sarcome. Transformation fibreuse de la rétine.
x mois après cidive.	Tumeur remplit la coque oculaire.	Développée à la partie supéro-antérieure de la choroïde	Sarcome ossifiant, à dispositions alvéolaires, renfermant quelques amas pigmentaires.	....
live très le. Mort.	La tumeur remplit les quatre cinquièmes de la coque oculaire.	Développée dans les couches externes de la choroïde.	Sarcome encéphaloïde à petites cellules, avec un petit nombre de vaisseaux ; la choroïde et son pigment sont refoulés vers le corps vitré.	Le corps vitré ou ce qui en reste est rempli de produits cellulaires, émanés de la tumeur qui a complètement détruit la rétine. Le nerf optique est très épaissi et presque entièrement détruit.

Nos	Auteur et source bibliographique	Age, sexe et côté	Anamnèse	Etat du malade au moment de l'opération	Tension et acuité visuelle.	Opérati
35	Badal et Lagrange présent mémoire.	Femme. 3 ans. Œil droit.	A depuis un temps indéterminé perdu la vision du côté droit ; depuis 15 j. exophtalmie.	Saillie de l'œil très accusée ; sang en abondance dans la chambre antérieure ; petit enclavement de l'iris.	Tension normale. Acuité nulle.	Énucléat puis évideme de l'orb

N. B. — Deux observations de leuco-sarcome de la choroïde sont mentionnées par Poncet da tableaux car elles sont totalement dépourvues de renseignements cliniques ; leur étude histo gique.

Taylor (*Annali di Ottalmologie*, anno XX, fasc. 3, p. 240) a publié depuis la rédaction cence hyaline. Il y a dans le fait qu'il analyse beaucoup de choses qui le rapprochent endothéliaux, *sans pigment*, caractérisaient le mal. Nous regrettons d'avoir connu ce fait tr

...sultat	Volume et forme de la tumeur	Origine et siège de la tumeur	Étude microscopique de la tumeur	État des parties voisines
...écidive ...apide mort.	Tumeur remplit la moitié de la coque oculaire a envahi l'orbite par la gaine du nerf optique.	....	Sarcome encéphaloïde à petites cellules avec peu de faisceaux; cellules irrégulières, rappelant cellules endothéliales ; analogie grande avec cas très récent de Taylor (*Annali di Ottalmologia*, Anno XX, Facs. 3). Mais très peu de pigment ; la choroïde et son pigment sont refoulés vers le corps vitré.	Corps vitré rempli de produits cellulaires, rétine soulevée et détruite sauf dans sa couche externe. Nerf optique entièrement détruit ; propagation au chiasma, siège d'une volumineuse tumeur constatée à l'autopsie.

...atlas d'anatomie pathologique ; nous n'avons pas cru devoir les faire entrer dans nos ...au contraire complète et très intéressante.

(PERRIN et PONCET. *Atlas d'anatomie pathologique*, planche 14. Paris, 1879.)

...mémoire un intéressant travail sur un sarcome endothélial de la choroïde avec dégénéres...res ; il y avait beaucoup de pigment, mais ce pigment tenait une place effacée ; les éléments ...ld (Nov. 1891).

(*A suivre.*)

PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT DES AFFECTIONS DES VOIES LACRYMALES

Par **M. GILLET DE GRANDMONT**

Les affections des voies lacrymales « c'est la bouteille à l'encre », entendais-je dire, il y a quelques jours. Cette expression pittoresque qui implique qu'on ne voit pas grand'chose dans l'étiologie et le traitement de ces maladies, m'a suggéré l'idée d'exposer brièvement comment je comprends la pathogénie de ces affections qui, il faut bien le reconnaître, font le désespoir du malade et du médecin et qui, bien souvent étudiées, n'ont point encore trouvé la médication vraiment héroïque.

C'est surtout à l'occasion de ces maladies et principalement depuis que j'ai abandonné les méthodes de traitement acceptées, sans discussion, dans la science, depuis près de 50 ans (*magister dixit*), que j'ai souvent songé que la vie du médecin pouvait se diviser en deux périodes.

Dans la première il s'applique à apprendre ce que ses devanciers ont admis comme vérité et dans la seconde, alors que le doute est venu, que le désir de tout contrôler s'est accentué en lui, il s'efforce de s'affranchir des notions erronées que le maître a enseignées.

Il est, en effet, bien surprenant que depuis nombre d'années on ait considéré le cathétérisme à l'aide de sondes rigides de plus en plus grosses comme le *summum* de ce que pouvait donner la chirurgie dans le traitement des affections lacrymales.

Cependant, il est évident que les fausses routes sont la conséquence d'une manœuvre brutale qui consiste à calibrer par une tige rigide un canal qui n'est rien moins que rectiligne et dont des valvules s'opposent à la perméabilité : chacun sent bien qu'il y a mieux à faire et l'on en convient; mais la routine l'emporte (*magister dixit*).

Pour qu'un traitement soit rationnel, il faut qu'il aille à l'encontre des causes du mal; qu'il entrave les progrès de

l'affection en lui opposant une barrière infranchissable, un obstacle matériel pour ainsi dire.

On ne peut arriver à un pareil résultat que par l'empirisme ou par l'étude et les déductions scientifiques. L'empirisme a donné l'écorce de quinquina, la science a donné l'antisepsie. A l'importance des résultats on peut juger des deux méthodes.

Voyons donc comment il faut comprendre la pathogénie des affections des voies lacrymales.

Les auteurs anciens décrivaient, non sans raison, le lac lacrymal, les points et les conduits lacrymaux, le sac lacrymal et le canal lacrymo-nasal. Chacun de ces éléments du système lacrymal joue son rôle dans cet acte important de l'écoulement des larmes et des mucosités qui lubrîfient le globe de l'œil.

Le lac lacrymal est, ainsi que son nom l'indique, le point où se collectent tous les liquides sécrétés par les multiples appareils glandulaires logés dans l'épaisseur de la conjonctive ou sous cette muqueuse.

Ces liquides pénètrent d'autant plus rapidement par les points lacrymaux et traversent d'autant plus vite le système canaliculaire qu'ils sont plus fluides. C'est ce qui explique pourquoi l'enfant qui pleure éprouve le besoin incessant de se moucher.

Quand la conjonctive enflammée sécrète des liquides épais et plus ou moins gluants, ceux-ci se rendent bien dans le lac lacrymal; ils pénètrent bien dans le sac par l'intermédiaire des points et des canaux lacrymaux; mais, en vertu de leur viscosité ils séjournent dans le sac et le canal lacrymo-nasal où ils vont subir une altération que nous allons étudier.

Les travaux des histologistes et notamment les recherches du professeur Gayet sur la microbiologie du cul-de-sac conjonctival ont démontré que d'innombrables germes vivent en permanence dans les sécrétions conjonctivales, à telle enseigne qu'il semble actuellement impossible de faire l'asepsie complète des culs-de-sac.

Donc les organismes inférieurs (schizomycètes) vivant en abondance dans les culs-de-sac sont charriés par les larmes et déversés dans la narine. Quand l'expulsion ne peut avoir lieu, soit par suite d'obstruction mécanique de l'orifice nasal, soit par suite de la perte de fluidité des larmes, les micro-organismes séjournent dans le sac et ses prolongements au

milieu des liquides de sécrétion, comme dans un matras d'expérience rempli de bouillon de culture.

Là, commence la prolifération dans les conditions de chaleur et d'humidité nécessaires à ce phénomène. Les colonies se répandent dans tous les plis de la muqueuse, pénètrent celle-ci qui s'enflamme, perd son épithélium et devient plus perméable encore. Des bourgeons charnus se développent et obstruent les voies lacrymales. Si ce travail inflammatoire persiste, la suppuration apparaît, suivie bientôt du sphacèle des téguments,

C'est ainsi qu'évolue la série des phénomènes successifs : larmoiement, mucocèle, dacryocystite phlegmoneuse et fistule lacrymale.

On ne saurait prétendre que ce sont là des vues de l'esprit ; ce sont des faits qu'on peut constater journellement : le mucus des culs-de-sac fourmille de micro-organismes avec lesquels on peut ensemencer les tubes de culture. Le mucocèle contient, en outre, des cellules épithéliales, des leucocytes et des hématies ; enfin le phlegmon ou sac renferme, en plus, les éléments de la suppuration et les débris de muqueuse nécrobiosée.

Telle est la façon dont on doit comprendre le développement des affections des voies lacrymales.

Avec ces connaissances est-il vraiment possible de songer à rétablir le cours des larmes au moyen de sondes rigides ? Peut-on admettre qu'une tige métallique puisse, sans déchirer bourgeons charnus et muqueuse enflammée, rendre au canal sa perméabilité primitive.

Je l'ai dit ailleurs, cette méthode de traitement est irrationnelle et souvent nuisible. La seule qui doive être acceptée est celle des irrigations antiseptiques. Leur rôle est facile à comprendre.

La veine liquide poussée méthodiquement constitue une véritable sonde qui fait autrement bien son chemin entre les bourgeons charnus qu'une tige métallique. Par ses propriétés antiseptiques elle s'attaque à la vitalité des micro-organismes. Le processus inflammatoire tombe et la lumière du canal se rétablit à mesure que le micrococcus et ses colonies sont expulsés ou détruits. Dès lors le cours des larmes est de nouveau assuré.

Certes, les choses ne se passent pas en aussi peu de temps

qu'il en faut pour décrire la succession des phénomènes. Le traitement est souvent très long ; mais cela tient soit à ce que les colonies sont trop vigoureuses, soit à ce que l'antisepsie est défectueuse.

Les liquides irritants à dose microbicide doivent être repoussés ; l'acide borique qui est une des substances que l'œil supporte le mieux, convient généralement ; et l'eau bouillie suffit à partir du moment où la perméabilité du canal est obtenue.

La projection entre les paupières, d'un peu de poudre d'aristol porphyrisé agit utilement lorsque le sac a été nettoyé par un lavage préalable, soit que le liquide qu'il contenait ait reflué par les points lacrymaux, soit qu'il ait passé par l'orifice nasal. Les larmes entraînent une partie de cette poudre que l'on retrouve plus tard sur le mouchoir, après qu'elle a exercé son action antiseptique sur la muqueuse.

Néanmoins, cette méthode de traitement pour si sûre et si rationnelle qu'elle soit dans ses résultats et dans ses effets, n'en demande pas moins à être appliquée avec persévérance. Ce que l'on n'a point obtenu la veille, sera peut-être accordé le lendemain. La filtration même pénible d'une ou deux gouttes est le signe certain d'une guérison prochaine. C'est ce qu'on ne pourrait dire après l'usage des sondes rigides.

Quand l'origine de la dacryocystite réside dans une affection des voies nasales, le processus pathologique est absolument le même. Les sécrétions oculaires stagnantes dans le sac lacrymal, par suite de l'obstruction de l'orifice inférieur de déversement, constituent un bouillon de culture dans lequel les micro-organismes pullulent à loisir. Les germes refoulés peu à peu vers les points lacrymaux déterminant la conjonctivite qui, à bon droit, est désignée sous le nom de lacrymale. De telle sorte que cette conjonctivite est tantôt cause, tantôt effet de l'inflammation du sac lacrymal.

Le traitement a toujours pour base les irrigations antiseptiques, comme je l'ai dit plus haut ; mais il faut rechercher avec soin, afin de la combattre la cause de cette dacryocystite nasale. On la trouvera dans une rhinite hypertrophique ou atrophique avec ou sans ozène ; dans la présence de polypes, de corps étrangers engagés et retenus entre les cornets ; dans les abcès des sinus ; dans la déviation de la cloison ; dans les altérations du squelette du nez, etc., etc.

Cette relation entre l'œil et les voies respiratoires explique pourquoi certains oculistes s'occupent de rhinologie et de laryngologie. Sans aller aussi loin que beaucoup de confrères étrangers, il n'est point d'ophtalmologiste français qui néglige de s'assurer de la perméabilité des voies lacrymales et de l'état des voies respiratoires avant de procéder à une opération sur le globe. C'est le moyen d'éviter l'infection de la plaie.

Il importera donc de joindre le traitement des fosses nasales à celui de l'œil et du canal lacrymo-nasal, chaque fois que l'indication en sera fournie par une investigation attentive. Et quand on aura bien exploré l'état local, il ne faudra point négliger de s'enquérir de la constitution du malade. Il est évident que cette question du terrain joue, en bactériologie un rôle aussi important que celui du sol en agriculture. C'est ce qui explique pourquoi les affections des voies lacrymales sont fréquentes à la suite des fièvres éruptives ou infectieuses, plus communes chez la femme que chez l'homme et beaucoup plus répandues dans les asiles affectés aux orphelins que dans les collèges et les lycées.

En résumé, les affections lacrymales, quand elles n'ont point pour cause un traumatisme qui a plus ou moins détruit les rapports anatomiques, relèvent toutes de la bactériologie, et le seul traitement qui leur convienne est l'antisepsie.

Le vieil adage de nos pères doit être remplacé par un autre plus en rapport avec les connaissances modernes.

Natura morborum curationem ostendit.

APPLICATION DE L'AUTOPLASTIE CONJONCTIVALE A LA CURE CHIRURGICALE DU PTÉRYGION.

Par le Dr **CHIBRET**, de Clermont-Ferrand.

Les procédés usités actuellement pour remédier chirurgicalement au ptérygion ont un commun inconvénient : Ils déplacent ou détruisent le ptérygion sans remplacer par de la conjonctive saine et lâche la partie occupée antérieurement par le ptérygion.

Cette façon de faire expose aux récidives et, pour le moins,

à une cicatrice vicieuse de la conjonctive qui limite par sa rétraction la mobilité de l'œil.

J'ai imaginé pour remédier à cet inconvénient de combiner le déplacement du ptérygion soigneusement disséqué et cautérisé avec une abrasion conjonctivale fournissant deux lambeaux supérieur et inférieur qui, par torsion et suture, viennent largement combler la lacune constituée par le déplacement du ptérygion.

Dans un premier temps le ptérygion est disséqué de la pointe à la base, cautérisé à sa face cruente avec le thermocautère, replié sur lui-même et suturé dans cette situation de façon à être refoulé dans l'angle interne.

Dans un second temps la conjonctive limbaire est détachée de la cornée en haut et en bas sur une longueur qui varie avec les dimensions de la surface à combler; la conjonctive, détachée à coups de ciseaux est séparée de ses adhérences, profondes dans une zone excentrique au limbe et s'étendant jusqu'à 10 millim. de la cornée.

Une incision perpendiculaire au limbe cornéen limite la longueur de chacun de ces lambeaux;

Enfin une dernière incision, parallèle au limbe, et distante

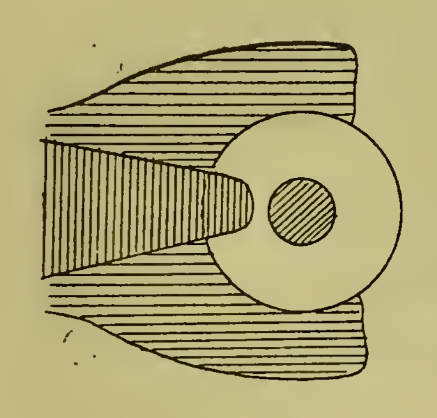


FIG. 1.

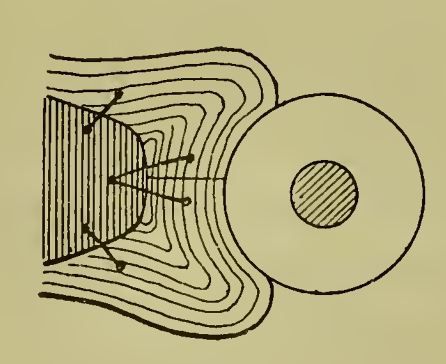


FIG. 2.

La figure 1 représente le ptérygion (hachures verticales) et les lambeaux avant leur mise en place (hachures horizontales).

La figure 2 représente le ptérygion replié et refoulé dans l'angle interne (hachures verticales) et les lambeaux mis en place avec les points de suture (hachures infléchies représentant la torsion des lambeaux).

de lui de 5 à 8 millimètres détermine la largeur du lambeau. Cette incision est conduite jusqu'à proximité de la perte de substance déterminée par la dissection du ptérygion. On forme ainsi 2 lambeaux conjonctivaux pédiculés de grande longueur

et faible largeur : $\left(\frac{\text{longueur}}{\text{largeur}} = \frac{3}{1}\right)$. Une aiguille munie d'un fil passe successivement par l'extrémité libre des 2 lambeaux conjonctivaux et par le milieu du ptérygion replié sur lui-même dans le premier temps. En serrant le fil on amène la torsion des pédicules et les lambeaux viennent remplacer la perte de substance laissée par le ptérygion rétracté.

Deux derniers points de suture réunissant en haut et en bas les bords des lambeaux avec les bords du ptérygion replié complètent la mise en place des lambeaux conjonctivaux.

De la sorte ces lambeaux sont fortement attirés vers l'angle interne ; ils y forment un revêtement très étoffé, solidement fixé au ptérygion, libre du côté de la cornée et débordant sur elle.

Le résultat immédiat est loin de satisfaire l'œil.

Il y a un excès disgracieux de conjonctive dans la région à recouvrir.

Le bandeau compressif est appliqué pendant une huitaine, les fils sont enlevés vers le 5e ou 6e jour. L'œil reste couvert jusqu'à disparition complète de la rougeur, c'est à dire pendant un à deux mois selon la saison.

Au bout de quelques mois, 5 à 6 au plus, la conjonctive déplacée se confond complètement avec le ptérygion atrophié dans l'angle interne, une bordure de conjonctive saine sépare le ptérygion atrophié de la cornée. Il n'y a pas trace de rétraction ; les plis de torsion des pédicules des lambeaux se sont aplatis, et il est impossible de reconnaître par quel procédé la cure a été obtenue dans les conditions les plus satisfaisantes.

Sur 6 cas suivis depuis 1888, il ne m'est pas arrivé d'enregistrer un seul insuccès et cependant dans 3 cas je me trouvais placé dans des conditions particulièrement défavorables. En effet, 2 de ces cas étaient des ptérygions récidivés avec rétraction à la suite d'une opération antérieure sans autoplastie. Revus l'un 6 mois, l'autre 3 ans après mon opération avec autoplastie, ces deux opérés étaient dans des conditions excellentes. Le 3e cas se rapporte à un ptérygion qui recouvrait *entièrement la pupille*. Revu 7 mois après l'opération autoplastique, il présente un résultat tel qu'il n'est pas possible à mon adjoint, le Dr Augiéras, de reconnaître ni la nature de l'affection antérieure ni les traces, de l'opération pratiquée antérieurement.

Il est bien entendu que l'opération doit être pratiquée antiseptiquement. Je me suis servi de l'oxicyanure ou du cyanure de mercure en solution au 1/1500 pour assurer l'antisepsie.

FRACTURE DIRECTE DE LA PAROI INTERNE DE L'ORBITE PAR PÉNÉTRATION D'UN VOLUMINEUX CORPS ÉTRANGER.

Par **L. de Wecker.**

« Le rebord orbitaire garantissant notablement les parois de l'orbite, là où elles sont de préférence exposées à des blessures, *les lésions directes des parois sont donc fort rares* » (Traité complet d'ophtalmologie, t. IV, p. 784). Pour cette cause déjà, notre observation mériterait d'être relatée, mais à plus forte raison devient-elle intéressante si l'on songe qu'un traumatisme des plus violents a pu échapper au chirurgien appelé tout d'abord à donner des soins au blessé, et cela en dépit d'une observation prolongée, et si, d'autre part, on remarque que malgré les circonstances les plus défavorables, pour ce qui concerne l'antisepsie, aucun phénomène marquant dans ce traumatisme très étendu ne révelait les désordres dont les os de la face étaient le siège.

Sans parler des corps étrangers logés dans les cavités telles que l'orbite, où, à la rigueur, une certaine accommodation, par déplacement des parties voisines, peut rendre compte d'une tolérance relative, on reste vraiment stupéfait de voir comment des blessés peuvent supporter sans réaction marquée des corps étrangers qui ont pénétré avec une violence inouïe, en traversant et en broyant les parties molles et les os pour atteindre les cavités osseuses et y rester encastrés, en y portant les matières infectieuses qu'ils recélaient au moment de l'accident. Peut être la violente compression des parties ambiantes explique-t-elle l'absence de réaction ; mais il faut aussi remarquer, dans les cas analogues au nôtre, que le traumatisme, si brutal qu'il soit, reste circonscrit à des parties du squelette de la face qui remplissent plutôt un rôle architectural, sans concourir directement à l'accomplissement d'une fonction physiologique essentielle.

Toutefois ces considérations, et tout ce que la littérature peut nous enseigner à cet égard, ne sauraient faire qu'on reste profondément surpris en présence de la marche si simple de traumatismes très étendus tels que celui qui concerne notre observation, alors que les plus légères lésions de la peau du voisinage du nez entraînent parfois une réaction violente et même mortelle, les prédispositions à l'infection ne devant pourtant pas varier si notablement chez les divers sujets.

Du reste ceux qui ont assisté à de nombreuses résections du maxillaire supérieur savent avec quelle désinvolture on peut broyer et arracher les parties postérieures du squelette de la face, sans qu'il s'ensuive, même si on n'observe que très imparfaitement les prescriptions de l'antisepsie, une réaction quelque peu prononcée ; la règle, après ce genre de lésions pourtant si propices à l'infection, est même une guérison rapide. Il n'en est pas moins étonnant de voir un blessé, portant encastré dans les os de la face, un corps étranger aussi volumineux que celui que représente le dessin ci-joint, circuler et ne présenter aucun phénomène marquant qui dénote les graves désordres dont il a été victime. Ceci doit nous engager après tout traumatisme de la région orbitaire et périorbitaire, à ne pas borner notre exploration à un examen superficiel, même si, comme chez notre malade, la lésion externe ne consiste que dans une insignifiante blessure de la peau du front, encore assez distante de la cavité orbitaire.

Le 26 novembre 1891, se présente à notre clinique Clément Mazet, âgé de 30 ans, de petite taille. Douze jours auparavant (14 novembre), un camarade, peintre de son état, d'une taille très élevée, lui avait asséné sur la tempe gauche, à la suite d'une querelle, un violent coup de poing de la main droite, dans laquelle il tenait un pinceau de décorateur. Malgré la violence du coup, M..., ne perdit pas connaissance, et comme il rendait abondamment du sang par le nez on le conduisit chez un pharmacien. Sur le conseil de celui-ci, il se rendit à l'hôpital voisin, un des grands hôpitaux de Paris, où il fut admis d'urgence. Le malade déclara en entrant qu'il était possible qu'un morceau de bois ait pénétré à travers la plaie du front, qui, large d'un centimètre et dirigée verticalement, siégeait à un centimètre au-dessus du sourcil gauche, vers l'union de son

tiers moyen avec son tiers externe. Après avoir vainement exploré la plaie, on se contenta d'appliquer un pansement antiseptique, et comme le blessé, dont la paupière restait abaissée et immobile, ne voyait aucun changement favorable se produire dans son état et qu'en outre on lui déclarait qu'il n'était porteur d'aucun corps étranger, il demanda sa sortie qui lui fut accordée sans hésitation, après 8 jours passés à l'hôpital. Tel est du moins le récit que nous fait le malade. La plaie du front ne se fermant pas, un pharmacien engagea M... à appliquer des cataplasmes, ce qu'il fit pendant quelques jours. Ce même pharmacien lui ayant donné à entendre qu'il existait peut être un abcès avec fracture du rebord orbitaire, c'est alors que le blessé vint nous consulter.

Le malade présente un ptosis complet. La partie interne de la paupière supérieure forme une légère saillie près du trou sus-orbitaire, et l'attouchement du doigt permet aussitôt de reconnaître la présence d'un corps dur, irrégulier, et qui doit s'être buté et fixé sur une des parois de l'orbite, car il est impossible d'imprimer à ce corps résistant le moindre déplacement. Questionné à diverses reprises, le malade déclare formellement qu'il ne ressent aucune douleur, que la plaie du front ne le gêne guère et que c'est à peine si cette plaie donne lieu à un léger suintement ; ce qui le tourmente surtout c'est la chute complète de sa paupière, qui lui paraît lourde et qui ne lui permet de voir de ce côté qu'en la soulevant avec le doigt. En réalité l'œil n'offre aucune altération, ni à l'exploration externe ni à l'examen ophtalmoscopique. Le globe oculaire était légèrement déplacé en bas et sa motilité abolie en haut; mais abstraction faite de ces symptômes, la fonction est parfaite. La conjonctive ne se trouve nullement injectée et le cul-de-sac supérieur est absolument intact.

Eprouvant beaucoup de difficulté à soulever la paupière abaissée, qui était légèrement gonflée, et craignant de rencontrer un volumineux morceau de bois (car le blessé affirme qu'un camarade lui avait dit qu'après la bagarre il avait vu le pinceau cassé entre les mains de l'agresseur), je me décidai à pratiquer, le long du bord orbitaire supéro-interne, une incision de deux centimètres, placée au-dessous du sourcil; je tombai de suite sur le morceau de bois que je dégageai de toutes parts

au voisinage de la plaie. Mais lorsqu'on voulut l'extraire, on rencontra de très sérieuses difficultés, car toutes les pinces dont nous faisons habituellement usage en chirurgie oculaire, n'arrivaient à extraire que de petits fragments de ce bois peu dur. Craignant de casser ce corps volumineux, je l'ébranlai latéralement, et, après l'avoir soulevé et isolé avec une spatule creuse, j'y implantai une forte pince de Museux. Par une violente traction exercée dans le sens où le corps avait dû pénétrer, je réussis alors à l'enlever en entier. Une irrigation prolongée avec une solution d'acide borique fut pratiquée dans la plaie; le malade tenant la tête penchée en avant, le liquide s'écoulait mélangé d'une faible quantité de sang par les deux narines. Comme il était évident qu'en cas de suppuration le pus trouverait une issue facile par le nez, on réunit la plaie du sourcil ainsi que celle du front, après toutefois avoir avivé cette dernière, et le bandeau compressif fut appliqué.

Le morceau de bois extrait n'était autre que l'extrémité d'un pinceau (voyez fig. 1) représentant ce corps en grandeur natu-



Fig. 1.

relle). Il mesurait en longueur 6 centim. 1/2 et offrait par sa petite extrémité un diamètre de 8 millim., tandis que l'autre bout atteignait un centimètre. On le trouva encore maculé de peinture et la cassure en était tout à fait irrégulière. Une expérience sur le cadavre permit aisément de constater que ce corps traversant l'os planum avait pénétré, en broyant tout sur son passage, jusque dans les cavités nasales droites. Aucune réaction ne se manifesta après l'opération; mais, très probablement, celle-ci devra être complétée par une nouvelle intervention destinée à relever la paupière abaissée, bien que, deux jours seulement après l'opération, le malade arrive déjà à relever quelque peu cette paupière. Le cinquième jour les plaies étaient parfaitement cicatrisées et le malade pouvait quitter la clinique.

EXPOSÉ THÉORIQUE DU PROCÉDÉ D'OPTOMÉTRIE OPHTALMOSCOPIQUE DIT DE CUIGNET OU SKIASCOPIE

Par M. le Dr **H. PARENT** (de Paris).

Parmi les nombreuses conquêtes scientifiques que nous devons au génie de Helmholtz la découverte de l'ophtalmoscope a été une des plus fécondes pour les progrès de notre art. Ce savant illustre en avait d'emblée saisi toutes les applications ; une des plus heureuses fut l'optométrie objective, qui resta assez négligée d'abord, mais dont la pratique se répand aujourd'hui de plus en plus. A partir de 1851 de nombreux procédés furent successivement préconisés pour faire cette optométrie objective; mais on peut dire que jusqu'en 1874 un seul présentait réellement un degré d'exactitude suffisant, c'est celui dit de l'image droite, indiqué déjà par Helmholtz, recommandé ensuite par Jæger en 1856 (*der Augenspiegel als optometer*) et systématisé, enfin au point de vue théorique et pratique par Mauthner en 1868 (*Lehrbuch der ophtalmoscopie*). Avec ce dernier ouvrage la question de l'optométrie ophtalmoscopique parut comme épuisée, et de fait, dans la même voie, tous les progrès réalisés depuis se sont bornés au perfectionnement, à l'amélioration instrumentale.

Dans une autre voie cependant, en 1874, Cuignet (de Lille) trouva un procédé d'optométrie objective plus commode et plus exact que celui de l'image droite.

En voici le principe : supposons l'observateur à 1m,20 de l'observé et la lampe près de la tête de ce dernier. Après réflexion sur le miroir concave M^1 N^1 (fig. 1) une partie des rayons pénètrent dans l'œil de l'observé et forment sur sa rétine une image I^1 de la source éclairante; cette image sera nette ou diffuse selon que l'observé sera ou ne sera pas accommodé pour la source éclairante L^1. Faisons maintenant pivoter le miroir M^1 N^1, de façon à lui donner la position M^2 N^2, l'image sur la rétine passe de I^1 en I^2, autrement dit, avec le *miroir concave*, l'image de la source éclairante sur la rétine de l'observé se déplace en *sens inverse* du miroir.

Au contraire, avec le *miroir plan* l'image de la lampe sur

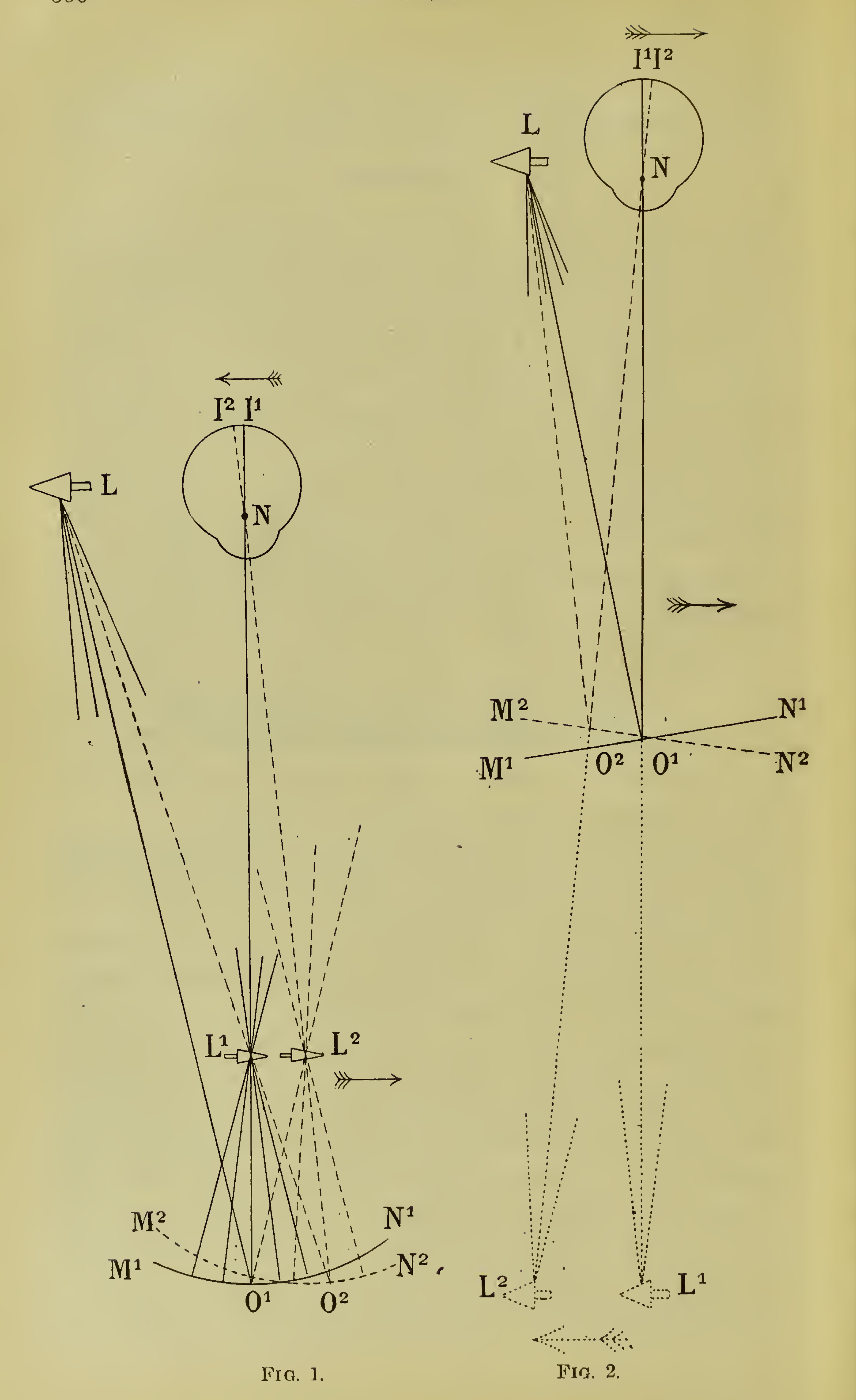


Fig. 1. Fig. 2.

la rétine se déplace dans le *même sens* que le miroir (voir la fig. 2). Par suite, les phénomènes constatés dans le procédé d'examen de Cuignet seront opposés entre eux, si, pour un même œil, on emploie successivement le miroir concave, puis le miroir plan. J'avertis le lecteur que, pour plus de simplicité, *dans ce qui va suivre, nous supposerons que le miroir employé est toujours le miroir plan.*

Maintenant, à travers les milieux dioptriques de l'œil, comment verrons-nous le déplacement de I^1 en I^2 (fig. 2), sur la rétine de l'œil observé ? De deux façons seulement : 1° si ces milieux dioptriques nous donnent de la partie éclairée de la rétine une image droite et virtuelle (H., E., et même M, faible, dont le *punctum remotum* est au delà de l'observateur), nous verrons le phénomène tel qu'il se passe en réalité, et par conséquent l'image nette ou diffuse de la lampe sur la rétine suivre le mouvement du miroir : *mouvement homonyme ;* 2° si, au contraire, nous avons du fond de l'œil une image réelle et renversée (condition réalisée par tous les yeux myopes dont le punctum remotum est en avant de l'observateur placé à 1^m,20 de l'observé), le mouvement de l'image de la lampe sur la rétine nous apparaîtra renversé, et par conséquent inverse du mouvement du miroir : *mouvement hétéronyme.*

En résumé, le procédé d'optométrie ophtalmoscopique de Cuignet réside essentiellement en ceci : se placer à 1^m,20 environ de l'observé, c'est-à-dire au delà du *remotum* du myope de 1 D. — faire pivoter un miroir plan suivant différents méridiens, — constater si le déplacement de l'image nette ou diffuse de la lampe sur la rétine (qui, dans tous les yeux, est en réalité homonyme avec celui du miroir plan (voir fig. 2) nous *apparaît* homonyme ou hétéronyme avec celui du miroir. S'il nous apparaît homonyme c'est que l'image du fond de l'œil est droite ; s'il nous apparait hétéronyme c'est que l'image du fond de l'œil est renversée. Ce premier point acquis on détermine ensuite le degré de l'amétropie avec des verres sphériques et cylindriques.

Au lieu d'observer le déplacement de la partie éclairée de la rétine, vue en image droite ou renversée, on peut tout aussi bien prendre comme point de repère le déplacement *apparent* de l'ombre qui limite la partie éclairée et semble la suivre, au

fur et à mesure que celle-ci change de place en rapport avec les mouvements du miroir. Il est clair d'ailleurs qu'au point de vue théorique l'un et l'autre reviennent au même, et qu'on peut prendre comme point de repère soit la *marche de l'éclat* (Cuignet), *soit la marche apparente de l'ombre homonyme ou hétéronyme avec celle du miroir déplacé* (Parent).

Mais à quoi est due cette ombre qui apparaît dans le champ pupillaire quand nous faisons pivoter le miroir de gauche à droite ou réciproquement? C'est tout simplement une partie de la rétine qui, faisant partie de notre champ d'examen (lequel correspond à l'image de notre pupille sur la rétine de l'observé, Helmholtz), était éclairée d'abord, mais ne l'est plus, quand, par un mouvement du miroir, nous déplaçons l'image nette ou diffuse de la lampe sur la rétine de l'observé. Cette ombre correspond donc à la partie non éclairée ou obscure du champ d'examen.

Pour me faire mieux comprendre sur ce point je rappellerai ici la deuxième proposition de la théorie de l'ophtalmoscope de Helmholtz : « Pour que la pupille de l'œil observé « paraisse lumineuse il faut que, sur la rétine de cet œil, « l'image de la source lumineuse coïncide au moins en partie « avec celle de la pupille de l'observateur ». Voir l'explication de cette proposition dans l'*Opt. physiol.*, p. 232.

Il résulte de cette proposition que : dès qu'il n'y a plus coïncidence complète entre l'image de la source lumineuse sur la rétine de l'observé et l'image de la pupille de l'observateur sur cette même rétine, ou bien, pour exprimer le même fait d'une autre manière, *dès que le champ d'examen de l'observateur sur la rétine de l'observé n'est plus entièrement recouvert par l'image nette ou diffuse de la source éclairante, une ombre apparait, et son étendue correspond à la partie non éclairée ou obscure du champ d'examen.*

Prenons maintenant quelques exemples pour mieux faire comprendre ce procédé d'examen : je suppose que le miroir employé est plan, que l'observateur est à $1^{m},20$ de l'observé, et que le mouvement de la lueur oculaire (ou de l'ombre qui la limite) est hétéronyme avec celui du miroir ; aucun doute possible : on a affaire à une image réelle et renversée de la partie éclairée de la rétine ; donc myopie supérieure à 1 diop-

trie (1). On déterminera le degré de cette myopie en mettant devant l'œil des verres négatifs de plus en plus forts jusqu'à ce que le mouvement de la lueur oculaire devienne homonyme avec celui du miroir. A ce moment, l'image du fond de l'œil est devenue virtuelle et droite et la myopie est sensiblement corrigée.

Je suppose maintenant que le mouvement de la lueur oculaire est homonyme avec celui du miroir plan; l'image du fond de l'œil est alors virtuelle (H., E. ou M. plus petite que 1 D.) (2). Pour différencier ces trois cas procéder comme il suit :

1° Avec + 0,50 le mouvement de la lueur (ou de l'ombre), devient hétéronyme; c'est qu'il y avait déjà une myopie d'au moins 0,50.

2° Avec + 0,50 le mouvement de la lueur (ou de l'ombre), reste homonyme, mais avec + 1 D. il devient hétéronyme; l'œil était emmétrope ou à peu près.

3° Avec 1 + D., le mouvement reste homonyme : hypermétropie certaine. On met alors des verres convexes de plus en plus forts jusqu'à ce que le mouvement devienne hétéronyme. Ce verre diminué de 1 D. (ou N^d — 1) donne sensiblement le degré de l'hypermétropie.

Donc, tout le secret du procédé consiste à voir avec quel verre le remotum de l'observé arrive à 1 mètre environ, l'observateur étant à $1^m,20$.

Si, au lieu de se tenir à $1^m,20$ de l'observé, on se place à $2^m,20$, c'est-à-dire au delà du remotum du myope de 0 D. 50, l'appréciation du degré de l'amétropie devient plus exacte encore, mais, dans la pratique, cela est inutile.

La série des figures I à VII montre quelques-uns des aspects constatés dans ce procédé d'examen. Dans les figures I et II le miroir plan est supposé fixe; dans les figures III, IV et V le miroir plan est supposé déplacé de gauche et droite, dans le sens de la grande flèche, et, par suite, l'image nette ou diffuse de la source lumineuse sur la rétine se déplace dans le même sens (voir plus haut la figure 2 pour l'explication de ce fait). Dans les figures de I à V, le *cercle plein désigne*,

(1) Ou plus exactement myopie supérieure 0 D. 8, l'observateur étant non pas à 1 mètre, mais à $1^m,20$.

(2) Ou plus exactement myopie plus petite que 0 D. 8.

non pas la pupille de l'observé, mais bien *le champ d'examen de l'observateur sur la rétine de l'observé*, et, par suite, toute la partie de l'image de la lampe sur la rétine placée en dehors du cercle du champ d'examen est invisible pour l'observateur et indiquée en pointillé dans les figures. La grandeur du champ d'examen varie d'ailleurs : 1° avec le diamètre de la pupille de l'observateur (le trou du miroir étant toujours supposé plus grand que la pupille, ce qui malheurensement n'est pas toujours le cas); — 2° avec le diamètre de la pupille de l'observé; — 3° avec la réfraction de l'observé; — 4° avec la distance de l'observateur à l'observé. Il est d'autant plus petit que le remotum de l'observé se rapproche davantage de $1^m,20$, distance à laquelle nous supposons placé l'observateur. Mais d'une façon générale, on peut dire qu'à $1^m,20$ le champ d'examen est toujours extrêmement petit, et il faudrait une myopie énorme avec pupille très dilatée pour qu'il atteignît 1 millimètre de diamètre, dans lequel cas plus de la moitié de la papille du nerf optique de l'observé pourrait être inscrite dans le champ d'examen et être vue en image renversée.

De même, les dimensions de la partie éclairée de la rétine, c'est-à-dire la grandeur du *champ d'éclairage*, varie avec le diamètre de la pupille de l'observé, avec son état de réfraction, avec les dimensions de la source éclairante, avec sa distance, avec le miroir employé plan ou concave. Avec le miroir plan, la source lumineuse est en arrière de l'observateur, avec le miroir concave elle est en avant (1) et par conséquent beaucoup plus près de l'observé. La diffusion de l'image variera donc avec le miroir employé, pour une même position de la source éclairante.

Champ d'éclairage et champ d'examen nous apparaissent d'ailleurs, à travers les milieux dioptriques de l'œil, en image droite ou renversée avec un grossissement qui varie avec l'état de réfraction de l'observé (voir fig. de I à V). Tant que l'image du fond de l'œil est droite et virtuelle, ce grossissement va de 7 à 8 fois chez l'H. fort, jusqu'à quatorze fois environ chez l'E. ; mais quand l'image du fond de l'œil est réelle et ren-

(1) Avec le miroir concave la source éclairante est l'image réelle L^1 de L (voir fig. 1) ; avec le miroir plan c'est l'image virtuelle L^1 de L (voir fig. 2).

versée, ce grossissement peut dépasser soixante fois, comme chez le M. de 1^{d} ; il diminue d'ailleurs à mesure que la myopie augmente. Ce sont ces deux causes : petitesse du champ d'examen, et grossissement énorme de l'image renversée du fond de l'œil qui rendent inapplicable, dans tous les cas de myopie faible, l'ancien procédé du déplacement apparent des vaisseaux, l'observateur étant placé au delà du remotum de l'observé.

Le procédé de Cuignet se montre ici préférable, quoique théoriquement il n'y ait aucune différence entre les deux modes d'examen. Dans l'un et l'autre, en effet, il s'agit de savoir si la partie éclairée de la rétine est vue en image droite ou renversée : pour cela, dans l'un, l'observateur se déplace par rapport à l'image droite ou renversée de la partie éclairée de la rétine (d'où déplacement des vaisseaux homonyme ou hétéronyme avec celui de l'observateur) ; dans l'autre, l'observateur reste fixe et déplace, par un mouvement du miroir plan, la partie éclairée de la rétine, qui lui apparaît ensuite en image droite ou renversée (d'où mouvement de l'image rétinienne homonyme ou hétéronyme avec celui du miroir). Théoriquement les deux procédés reviennent donc au même. Toutefois, le second est plus commode que le premier ; en outre Cuignet a eu raison de ne plus prendre comme point de repère les éléments figurés de l'image tels que artères ou veines (chose qui devient quasi-impossible, nous l'avons vu plus haut, avec le champ d'examen exigu et l'image énormément grossie de la myopie faible), et de se borner à voir dans quel sens, homonyme ou hétéronyme avec celui du miroir, se déplaçait l'image droite ou renversée de la partie éclairée du fond de l'œil. Peu importe d'ailleurs que cette image soit vue nettement ou diffusément, qu'elle contienne ou ne contienne pas de vaisseaux, *attendu que le sens de son déplacement par rapport au mouvement du miroir suffit à caractériser sa nature : droite ou renversée.*

Revenons maintenant à la série des figures de I à V. Dans la figure I, A, l'observateur est, par exception, supposé placé près de l'observé à 3 à 4 centimètres, la distance habituelle dans l'examen à l'image droite. Dans ces conditions, si, en raison de la réfraction de l'observé, l'image de la lampe sur

la rétine est peu diffuse, le champ d'examen est beaucoup plus grand que le champ d'éclairage (voir fig. I, A). L'image de la lampe est alors inscrite au milieu de notre champ d'examen, et nous pouvons, par de petits mouvements du miroir, la déplacer soit à droite, soit à gauche, sans qu'elle quitte notre champ d'examen, et par conséquent sans qu'elle cesse d'être vue en entier.

Mais au fur et à mesure que nous nous éloignons de l'œil observé, notre champ d'examen diminue très rapidement d'étendue ; bientôt l'image de la lampe sur la rétine en occupe la plus grande étendue, et à ce moment la pupille de l'observé nous PARAIT éclairée en son milieu, obscure ou ombrée à droite et à gauche (fig. I, B).

Je dis que dans ce cas la pupille de l'observé PARAIT éclairée en son milieu seulement ; car il est évident qu'elle est éclairée dans sa totalité, si petite que soit la quantité de lumière qui revient du fond de l'œil. Mais, par une erreur d'optique bien connue, nous rapportons au plan pupillaire de l'observé ce que nous apercevons du fond de l'œil vu en image virtuelle ou réelle. La pupille étant un trou qui livre passage à la lumière incidente ou émergente, il ne peut s'y inscrire aucun phénomène. Tous les phénomènes constatés se passent donc sur la rétine, vue en image droite ou renversée, et, par suite, cette pupille de l'observé qui nous paraît éclairée en son milieu, obscure à droite et à gauche (fig. I, B), c'est tout simplement la surface de la rétine de l'observé inscrite dans notre champ d'examen, mais dont la partie éclairée est plus petite que ce dernier.

Maintenant éloignons-nous encore plus de l'observé, jusqu'à $1^{m},20$. Notre champ d'examen devient alors si petit que l'image de la lampe lui sera supérieure en étendue, surtout si la lampe est d'un fort calibre ; le champ d'éclairage est alors plus grand que le champ d'examen.

Ainsi dans la fig. II, l'image légèrement diffuse (1) de la

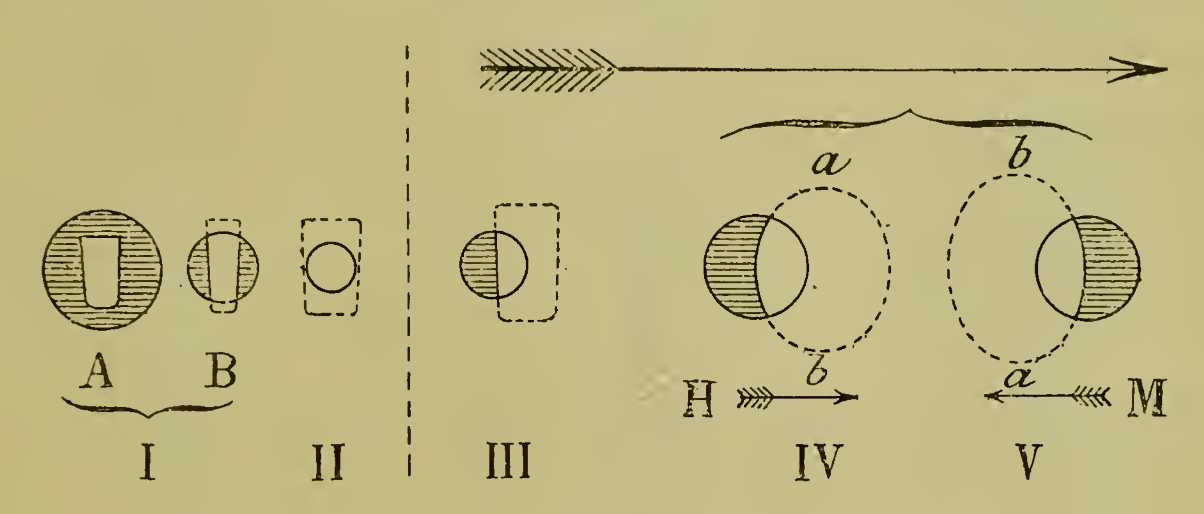
---

(1) C'est par erreur que le dessinateur a donné à l'image rétinienne de la lampe des bords rectilignes dans les figures II et III, puisque le texte la suppose légèrement diffuse dans la figure II, et plus diffuse encore dans la figure III. En outre, la partie ombrée ou obscure du champ d'examen aurait dû être représentée d'autant plus foncée que l'image de la lampe sur la rétine est plus dif-

lampe sur la rétine recouvre et au delà le champ d'examen de l'observateur : toute la pupille de l'observé paraît lumineuse ; ceci découle de la proposition II de Helmholtz citée plus haut.

Dans la figure III (Hypermétropie moyenne), l'observateur a fait pivoter le miroir de gauche à droite, dans le sens de la grande flèche. La coïncidence entre la partie éclairée de la rétine et le champ d'examen de l'observateur a cessé en partie, et par suite la pupille de l'observé apparaît mi-éclairée, mi-obscure.

Dans les figures IV et V, l'image de la source lumineuse sur



la rétine est devenue très diffuse (H. ou M. forte), et l'ombre qui la limite devient de plus en plus foncée et de plus en plus curviligne. L'image de la pupille de l'observateur sur la rétine de l'observé, c'est-à-dire le champ d'examen, a grandi également. Suivant d'ailleurs que nous aurons du fond de l'œil une image droite ou une image renversée, nous aurons l'aspect de la figure IV (mouvement homonyme avec celui de la grande flèche ou du miroir = H.), ou celui de la figure V (mouvement hétéronyme avec celui du miroir = M.).

Légende des figures 3, 4 *et* 5. — Procédé de Cuignet : le miroir est plan et l'observateur est à $1^{m},20$ environ de l'observé, c'est-à-dire au delà du remotum du myope de 1^{d}.

Dans la figure 3, *le miroir plan étant tenu droit*, le champ d'examen de l'observateur (cercle plein) est entièrement couvert par l'image de la lampe sur la rétine (coïncidence complète) ; dans ces conditions toute la pupille de l'observé est lumineuse.

Dans les figures 4 et 5, *le miroir plan ayant pivoté de haut en bas*, l'image de la lampe sur la rétine a été déplacée de haut en bas : la coïncidence n'est plus

---

fuse, ou que l'amétropie est plus forte, et par conséquent progressivement foncée de la figure I à la figure V.

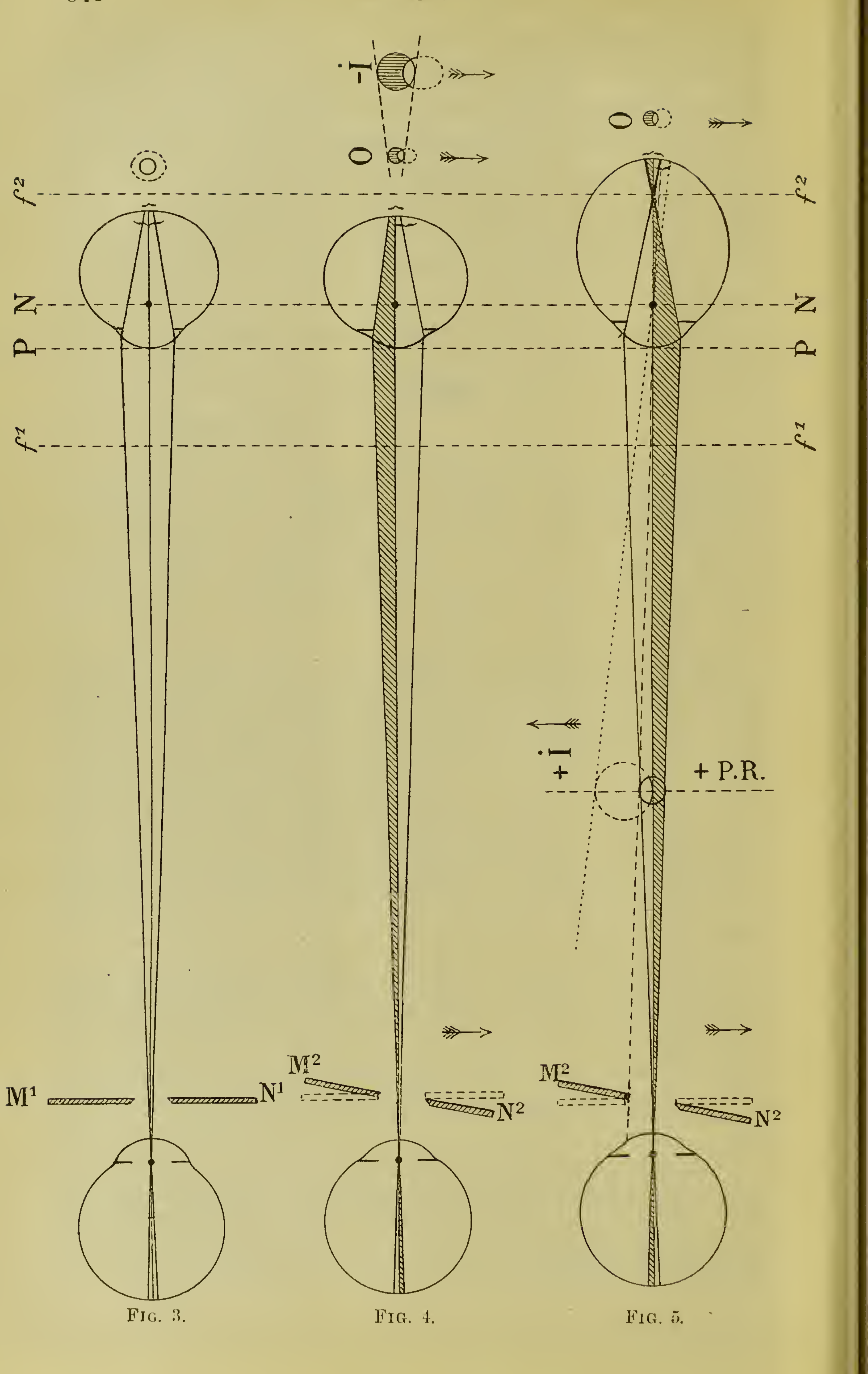


FIG. 3. FIG. 4. FIG. 5.

que partielle, et, par suite, la partie du champ d'examen qui n'est plus éclairée nous apparaît obscure à travers la pupille. Dans la figure 4 (hypermétrope), l'image — I de O est droite, et, par conséquent son mouvement est homonyme avec celui du miroir plan ; dans la figure 5 (Myopie), l'image + I de O est renversée dans le plan du remotum + PR, et son mouvement est hétéronyme avec celui du miroir plan. Le plus souvent l'observateur, s'il n'est pas myope, accommode pour le plan pupillaire de l'observé, et alors l'image — I ou + I de O est vue plus ou moins diffusément ; mais, dans la myopie moyenne et forte, l'observateur peut accommoder pour le plan du remotum, où se trouve l'image, parce qu'alors le champ d'examen est assez grand pour que dans l'image de la partie éclairée de la rétine on ait un ou plusieurs vaisseaux, et même une notable partie de la papille du nerf optique, si la myopie est forte et la pupille dilatée.

Dans la figure 4, l'image virtuelle — I de O n'a pu être, faute d'espace suffisant, qu'imparfaitement représentée ; il faut se figurer les deux lignes à petits traits séparés divergentes, qui bordent le champ d'examen, comme partant du point nodal de l'œil observé.

Dans la figure 5, la ligne à traits séparés part de la partie inférieure du champ d'examen, et la ligne pointillée va du bord inférieur de la partie éclairée de la rétine au bord supérieur de son image renversée dans le plan du remotum + P. R., les deux lignes se croisant au point nodal. On voit que toute la partie de l'image renversée qui est en dehors du cercle plein (image renversée du champ d'examen) dans le plan + PR est invisible pour l'observateur, lorsque le miroir a passé de $M^1 N^1$ en $M^2 N^2$.

Le lecteur a dû remarquer en outre l'analogie de la figure 3 avec la figure II (page 543), celle de la figure 4 avec la figure IV (page 543), enfin celle de la figure 5 avec la figure V (page 543). Ce sont les mêmes faits présentés de deux manières différentes. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPTHALMOLOGIE

NEUVIÈME SESSION TENUE A PARIS DU 4 AU 8 MAI 1891

Compte rendu analytique par le Dr PARENT.

(*Suite et fin.*)

Traitement des synéchies postérieures totales avec occlusion pupillaire

M. JOCQS. — Un malade s'est présenté à moi atteint de synéchies postérieures totales des deux yeux à la suite d'une iritis syphilitique double. En même temps, après plusieurs récidives, le malade n'ayant pas été soigné, les bords des deux pupilles étaient réunis par un exsudat plastique tel qu'il en résultait une cécité presque complète. Ces deux yeux, sains d'ailleurs, n'ayant éprouvé que quelques douleurs péri-orbitaires, étaient justiciables d'une opération. Pour le premier, j'ai fait l'iridectomie ; mais l'iris, complètement et fortement adhérent au cristallin, ne céda que sous forme de filaments et, de plus, la cristalloïde mise à découvert n'était pas transparente ; elle était recouverte de pigment irien et de débris d'exsudats inflammatoires.

L'extraction du cristallin était nécessaire. Elle fut pratiquée séance tenante comme pour une cataracte ordinaire après discission de l'exsudat et du cristallin. Guérison rapide de l'opération Au bout de peu de temps les fragments de l'exsudat pupillaire simplement dilacérés par la discission s'étaient réunis et obstruaient de nouveau la pupille. Une nouvelle discission portant également sur les débris cristalliniens opacifiés donna au malade 1/2 d'acuité visuelle ; mais la permanence des lambeaux de la membrane exsudative donnait à craindre que ce bon résultat ne fût pas durable.

Pour le second œil, afin de ne pas tomber dans le même écueil, je résolus d'opérer d'une manière différente. D'abord instillation préalable d'atropine. Puis discission au moyen d'un instrument spécial qui me permit de sectionner complètement la membrane exsudative pupillaire et de l'enlever comme à l'emporte-pièce en suivant les contours de l'ouverture de l'iris. Enfin, section de la cornée et évacuation aussi complète que possible de la membrane plastique et des débris cristalliniens. Suites de l'opération normales. Au bout de quelque temps, formation d'une cataracte secondaire inévitable à la suite de l'extraction du cristallin non opacifié. Une simple discission donna pour cet œil 2/3 d'acuité visuelle sans crainte pour l'avenir, car il ne restait plus de trace exsudative. Ce malade d'aveugle qu'il était, avait donc recouvré une acuité visuelle bien suffisante.

Conclusion : Lorsque les synéchies postérieures totales à la suite d'iritis plastique se compliquent d'occlusion pupillaire, et que l'iridectomie paraît ne pas devoir suffire, il faut enlever le cristallin ; mais il faut faire précéder l'extraction du cristallin de l'ablation complète de la membrane obturatrice et non d'une simple division.

Pour enlever la membrane obturatrice, le meilleur moyen est d'en faire la section complète tout autour de la pupille avant d'avoir vidé la chambre antérieure par la section de la cornée et après instillation d'atropine. Si besoin est, afin de faciliter l'évacuation des débris du cristallin, pratiquer l'iridectomie avant ou après l'extraction.

Rupture traumatique du droit inférieur de l'œil droit.

M. Bourgeois. — Homme de 64 ans qui, en tombant violemment sur l'angle d'un coffre en bois, eut une rupture du droit inférieur droit. On voyait, au point d'insertion sous-cornéen du tendon, une petite masse charnue, grosse comme un pois, représentant le tiers antérieur du muscle. Le malade offrait les symptômes classiques de la paralysie du droit inférieur, avec strabisme supérieur très prononcé Pour différentes raisons, on ne put pratiquer l'avancement du bout postérieur du muscle. Le traitement, qui fut appliqué tardivement, consista d'abord dans l'excision de la saillie musculaire précitée ; puis on fit la ténotomie du droit supérieur. Il n'y avait pas d'autre intervention possible, et l'on n'aurait pas pu pratiquer la ténotomie du droit inférieur gauche, car le malade avait un abaissement des

deux paupières supérieures, par suite d'un certain degré de ptosis. D'ailleurs, le résultat fut satisfaisant : la diplopie était supprimée par une légère inclinaison de la tête. Il est à remarquer que l'œil blessé avait conservé son acuité normale, sans altération du champ visuel; car le choc violent qu'il avait subi n'avait déterminé aucune lésion intra-oculaire.

Du glaucome hémorrhagique.

M. Venneman. — Le glaucome hémorrhagique est trop souvent rattaché à une affection purement rétinienne : une apoplexie de la rétine, une rétinite hémorrhagique. La papillite par stase veineuse amène plus souvent qu'on ne pense cette forme de glaucome secondaire. Ainsi le prouvent les deux cas observés simultanément chez des personnes relativement jeunes. L'une d'elles, âgée de 40 ans seulement, est morte peu de temps après dans des convulsions épileptiformes générales. L'autre, âgée de 44 ans, présenta plus tard une simple névrite optique de l'autre côté. D'autres symptômes cérébraux légers et la forme centrale de l'amblyopie avec rétrécissement du secteur du champ visuel parlent en faveur de l'origine du glaucome par stase veineuse, suite de papillite. La sclérotomie apporta un soulagement équivalent à la guérison dans les deux cas, mais à la seconde intervention seulement.

Séance du jeudi soir.

Présidence de M. G. Martin (de Bordeaux).

Kystes dermoïdes de l'orbite.

M. Vignes (de Paris). — Les dermoïdes intra-orbitaires, les uns à contenu séreux, sont dus à un emprisonnement dans l'orbite de la muqueuse fœtale des fosses nasales ; ils sont d'origines endodermiques ; les autres, à contenu huileux ou renfermant des cellules épithéliales, des poils et même des dents (cas de Barnes), sont produits par invagination ectodermique dans la fente fronto-maxillaire. C'est parmi ces derniers que se range le fait suivant que j'ai observé à ma clinique. Une fillette de 3 ans 1/2, bien portante et sans antécédents, présentait sous le ligament palpébral interne, entre le canthus et l'os propre du nez, une petite tumeur arrondie de la grosseur d'une noisette un peu mobile sur le plan profond et sans adhérence à la peau. Elle était de consistance dure, résistante et fut prise pour un fibrome. L'opération démontra qu'il s'agissait d'un kyste dermoïde dont le pédicule s'implantait à 3 centimètres dans l'orbite sur la suture plano-frontale. Le contenu du kyste était composé de cellules épithéliales, d'éléments graisseux et de poils. La texture de la poche rappelait celle de la peau ; on y observait des follicules sébacés et

des follicules pileux. Le diagnostic de semblables kystes offre quelques difficultés, leur consistance, leur développement lentement progressif les ont fait prendre pour des lipomes, fibromes et même ostéomes. Ils se développent plus rarement du côté interne de l'orbite et les kystes à contenu solide sont de beaucoup plus rares.

Myopie accusée des deux yeux depuis l'âge de six ans chez un sujet de trente ans. Corrigée par le port permanent des verres variant de 3,50 à 6 D., suivant les distances, disparue complètement par suite de paralysie de l'accommodation.

M. Gaupillat (Troyes). — Ce titre très étendu est toute l'observation. L'examen objectif a démontré que les yeux étaient emmétropes et que la sujet faisait, depuis vingt ans, inutilement usage de verres. La syphilis a révélé son emmétropie ; l'amplitude d'accommodation est réduite.

M. Javal. — J'ai à ma connaissance un cas de myopie qui a disparu quand la syphilis eut produit une paralysie double de l'accommodation.

M. Meyer. — Je voudrais rappeler la rareté très grande des paralysies doubles de l'accommodation de cause syphilitique. Dans des cas analogues à celui qui vient de nous être communiqué, il faudrait rechercher si la disparition de la myopie ne peut être expliquée autrement. De toutes façons ces faits engagent à attribuer au cristallin un rôle plus considérable dans la pathogénie de certaines myopies que celui qu'on lui accorde habituellement et, je puis ajouter, que mon attention s'y est portée depuis l'expérience de plus en plus fréquente que les myopes opérés de la cataracte ont besoin de verres convexes bien plus forts que ceux qui correspondent à l'état de leur réfraction avant l'opération.

M. Martin. — Je crois que, si les paralysies de l'accommodation étaient plus fréquentes, on observerait assez souvent à leur suite la disparition de myopies plus ou moins fortes ayant résisté à des cures d'atropine. La myopie statique est due, plus souvent qu'on ne le croit, à un spasme ciliaire. J'en ai fourni des preuves dans ma communication de l'année dernière sur le dynamisme myopique.

M. Meurer, au nom de M. le professeur Gayet, de Lyon, présente à la Société une série de pièces anatomiques, très bien préparées ; il en expose la technique. Ces pièces sont classées dans des placards pouvant s'enlever, être portés sur une table pour des études d'ensemble. Ces placards peuvent facilement s'ouvrir et on peut prendre une pièce à la main pour l'examiner à la loupe.

M. Parent, secrétaire général, donne la liste des nouveaux membres de la Société ; ce sont : MM. Warlomont, René, Kœnig, Oger de Spéville, Verneuil, Rouxel, Meurer.

M. Parinaud est élu membre du Comité par 48 voix sur 52 votants.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

DES JOURNAUX ET TRAVAUX

PARUS EN 1891

Par le Dr **H. PARENT**

CONJONCTIVE. — CORNÉE. — SCLÉROTIQUE

1. — Truc. Lymphatisme et trachome. *Ann. d'ocul.*, août 1891.

2. — Manolescu. Du brossage des granulations conjonctivales combiné aux microbicides. Constantinople, 1891.

3. — Abadie. Nouvelle méthode de traitement de la conjonctivite granuleuse. Académie de médecine, séance du 4 août 1891.

4. — Valude. Prophylaxie de l'ophtalmie des nouveau-nés par l'insufflation de poudre d'iodoforme. *Ann. d'ocul.*, août 1891.

5. — Simeon Snell. La prophylaxie de l'ophtalmie des nouveau-nés. *The Lancet*, avril 1891.

6. — Czermak. Télangiectasie des veines ciliaires antérieures. *Wiener klin. Woch.*, 9 juillet 1891.

7. — Eversbusch. Traitement des plaies et piqûres pénétrantes de la cornée et de la sclérotique. *Münch. Medic. Woch.*, 28 juillet 1891.

8. — Adler. Fibromes de la cornée. Société império-royale des médecins de Vienne, avril 1891.

9. — Wilhelm Czermak. Ueber Fadenbildung an der Cornea (Productions filamenteuses sur la cornée). *Klin. Monatsbl. f. Angenheil.* Juin.

10. — Gasparini. Linfoma diffuso delle conjontive. *Ann. di Oftalm.* Fasc. 4, 1891.

11. — Ciringione. Ricerche batteriolosiche ed anatomiche della xerosi conjontivale con emeralopia. *Ann. di Oftalm.* Fasc. 5 et 6, 1891.

12. — Panas. Sur la conjonctivite granuleuse dans les écoles d'Álgérie (Acad. de méd., séance du 1er sept. 1891).

13. — Malgat. Traitement et guérison des taches de la cornée. *Rec. d'opht.*, 1891, p. 522.

14. — J. Hirschberg. Ein Fall von Hörnhautkegel (Un cas de kératocone). *Centralbl. f. fr. Augenheil.*, août.

15.— T. Inouye. Eigenthümliche Hornhauttrübung (Keratitis parenchymatosa propria). *Centrabl. für. Augenheil.*, août.

16. — Moauro. Contribuzione all' anatomia patologica della conjuntivite folliculare e del trachoma. *Ann. di Ottal.*, fasc. 5 et 6, 1891.

17. — Knies. Traitement de l'ophtalmie blennorrhagique. (Compte rendu de la 26e session de la Société ophtalmologique d'Heidelberg, séance du 16 sept. 1891.)

18. — Rumschewitsch. Contribution à la connaissance des tumeurs de la conjonctive (Zur Onkologie der Conjonctiva). *Klin. Monatsbl.*, août 1891).

19. — Hippel. Traitement du trachome. (Compte rendu de la 26e session de la Soc. ophtal. d'Heidelberg, séance du 25 sept. 1891.)

20. — Hirschberg. Un cas de ptérygion avec diplopie, guéri par l'opération (Ein Fall von Flügelfell mit Doppelsechen durch operation geheilt). *Centralbl. f. d. Augen.* sept. 1891.

21. — Schirmer. Éruption vaccinale du bord des paupières. (Compte rendu de la 26e session de la Soc. ophtal. d'Heidelberg, séance du 14 sept. 1891.)

22. — Sattler. Traitement de la tuberculose conjonctivale par la tuberculine. (Congrès de Heidelberg, sept. 1891.)

1. — Truc. Quelques auteurs ont déjà reconnu l'action étiologique du lymphatisme sur le trachome. Arlt en a fait autrefois une dépendance du tempérament scrofuleux ; Panas, en 1887, observait que 90 à 95 0/0 des granuleux à lésions cornéennes sont des lymphatiques et Raelhmann émettait tout récemment une opinion analogue ; à la clinique de Montpellier, les granulations trachomateuses se développent à peu près exclusivement chez les individus lymphatiques, et pour ce motif chez les femmes et les enfants. Tous nos granuleux, dit Truc, sont plus ou moins lymphatiques, scrofuleux, tuberculeux. L'habitus général, les ganglions, les cicatrices, les éruptions cutanées, démontrent la strume à ses divers degrés. Les cas les plus graves et les plus tenaces se rencontrent chez des scrofuleux avérés ; quelques malades vigoureux à chairs fermes, d'aspect peu lymphatique, ont des granulations simples ; nous pouvons vraiment dire que la gravité,

des lésions oculaires des granuleux, est en rapport avec le degré du lymphatisme. En résumé, le lymphatisme favorise l'infection et la contagion trachomateuse, en proportion générale de son degré.

Cette idée est d'autant plus rationnelle que cliniquement on observe chez les lymphatique un défaut de résistance épidermique aux agents irritants. Les téguments sont volontiers le siège de phlyctènes, d'excoriations, de pustules; les tissus gonflés de lymphe, ont une torpeur nutritive telle que les plaies superficielles se réparent mal. En outre, les congestions muqueuses semblent relativement fréquentes. Il y a là un vice nutritif, bien établi quoique mal défini, qui favorise les infections extérieures et par suite l'éclosion de l'ophtalmie granuleuse.

2. — Manolescu considère la conjonctivite granuleuse et la conjonctivite folliculaire comme un seul et même processus d'âge différent, qui consisterait dans une affection des follicules ou du tissu adénoïde de la conjonctive.

Au début, quand les follicules sont encore semi-transparents, sans infiltration marquée de la conjonctive, sans réaction prononcée, on peut recourir aux procédés qui ont pour but de crever ces follicules comme le massage avec l'acide borique, ou leur expression au moyen d'une pince spéciale ou des ongles. Mais si l'infiltration de la conjonctive est profonde et étendue, s'il y a des granulations ulcérées, organisées en petites tumeurs, il obtient le résultat le plus satisfaisant par le brossage desconjonctives. Le procédé opératoire est le suivant :

L'opérateur et les assistants sont munis de lunettes préservatrices; on pince alors le globe oculaire par la conjonctive avoisinant la partie inférieure de la cornée, que l'assistant tire en bas tandis que l'opérateur renverse la paupière supérieure et la tire en haut. De cette façon, le cul-de-sac supérieur est tendu comme une membrane, et la cornée est cachée sous un pli conjonctival. On passe la brosse sur le fornix, la conjonctive palpébrale et ses extrémités angulaires, jusqu'à ce que l'on juge que les granulations sont partout déracinées complètement. Le brossage terminé on passe sur les surfaces saignantes, au moyen d'un pinceau, la solution phéniquée qui est immédiatement lavée à grande eau contenant du sublimé à 1/2000. L'hémorrhagie arrêtée on introduit la pommade d'iodoforme dans les culs-de-sac, et on applique un bandeau occlusif, chaque jour les paupières sont lavées avec une solution de sublimé.

Le terme moyen nécessaire pour la guérison est de 15 jours. Depuis 1888, Manolescu à brossé 197 yeux ; dans tous les cas le résultat immédiat a été une amélioration et plus tard, dans la grande majorité des cas, la guérison radicale. A noter comme complication dans 15 cas des excoriations de l'épithélium cornéen et dans 10 cas un ulcère de la cornée, complications qui ont guéri par les antiseptiques.

3. — Abadie. — Après avoir endormi le malade, Abadie renverse et enroule la paupière autour de la pince, jusqu'à ce que le cul-de-sac conjonctival apparaisse bien mis à nu. Il fait des scarifications avec un petit bistouri, et brosse ensuite la surface cruentée avec une brosse à dents trempée dans une solution de sublimé à 1/500. Les jours suivants on lave la surface conjonctivale avec une solution de sublimé. Ce traitement s'applique indistinctement à tous les cas, quelle que soit la complication existante.

Le mérite d'avoir trouvé cette médication si efficace revient en réalité à plusieurs auteurs : Guaita a recommandé le sublimé à dose forte ; Sattler a surtout insisté sur l'efficacité des scarifications combinées au curettage des tissus granuleux ; l'idée du brossage revient à Manolescu.

4. — Valude. L'introduction en obstétrique de la méthode de Crédé, c'est-à-dire l'instillation au moment de la naissance, dans les yeux de l'enfant, d'une solution de nitrate d'argent à 2 0/0 a diminué considérablement les ophtalmies. Toutefois, l'application de cette méthode n'est pas toujours réalisable parce que la solution de nitrate d'argent, même conservée dans les meilleures conditions, s'altère et devient inactive, et que, d'autre part, les sages-femmes n'ont pas qualité pour prescrire une solution d'un sel aussi caustique. C'est cependant chez les sages-femmes des grandes villes que se produit la majeure partie des ophtalmies des nouveau-nés qui aboutissent aux pires conséquences.

Il serait intéressant, pense M. Valude, de vulgariser l'emploi d'une méthode facile, innocive et parfaitement sûre.

La poudre d'iodoforme, insufflée au moment de la naissance dans les yeux des nouveau-nés, semble répondre à ces desiderata sans présenter les quelques inconvénients du nitrate d'argent.

La poudre d'iodoforme, en effet, peut se conserver sans altération ; elle ne peut être confondue avec aucune autre substance, et l'usage peut en être permis aux sages-femmes. L'insufflation de la poudre d'iodoforme est aussi facile que l'instillation d'une solution de nitrate d'argent, et l'on ne constate pas, après l'iodoforme, la petite réaction conjonctivale qui marque l'usage du nitrate d'argent ou du simple jus de citron employé avec succès par M. le professeur Pinard.

En raison de ces quelques avantages de commodité, il y aurait donc un motif d'adopter le mode de désinfection des yeux des nouveau-nés par la poudre d'iodoforme, s'il était démontré que, par ce moyen, la prophylaxie de l'ophtalmie est aussi bien assurée que par le nitrate d'argent. Or, les statistiques recueillies dans le service de M. le docteur Tarnier et du docteur Bar, portant sur un chiffre de plus de 500 enfants, ont montré à M. le docteur Valude que la proportion des ophtalmies était *deux fois moindre* avec l'insufflation de l'iodoforme qu'avec l'application de la méthode de Crédé.

La poudre d'iodoforme finement porphyrisée se loge dans les culs-

de-sac conjonctivaux, s'y maintient pendant plusieurs jours en assurant l'asepsie du champ oculaire. La désinfection de l'œil est ainsi assurée sans qu'on ait rien à redouter du côté de la cornée, que l'iodoforme ne peut attaquer. De plus, il semble que les ophtalmies qui se déclarent malgré cette prophylaxie aient perdu une partie de leur virulence ; la cornée est rarement attaquée et surtout compromise avec la désinfection par la poudre d'iodoforme.

La nouvelle méthode peut se formuler ainsi : Aussitôt après la naissance, pendant le court instant d'arrêt qui précède la section du cordon, on essuiera les yeux du nouveau-né avec une boulette de coton hydrophile imbibée d'un liquide antiseptique quelconque et on insufflera entre les paupières entr'ouvertes une petite quantité de poudre d'iodoforme finement pulvérisée.

Cette insufflation ne sera pas répétée.

5. — Simeon Snell. D'après les observations de Ludwig Korn, faites dans la clinique obstétricale de Dresde, il suffit de nettoyer consciencieusement les paupières et leur entourage avec du coton et de l'eau ordinaire, avant d'ouvrir les yeux d'un nouveau-né, pour empêcher l'infection des conjonctives. Le même système a été introduit dans le Jessop Hospital, à Sheffield. Les paupières sont nettoyées avec des morceaux de linge et de l'eau tiède. En lavant l'enfant on évite soigneusement de souiller les yeux. Parmi les 2,000 derniers accouchements, il n'y eut, grâce à l'application de ce système, pas un seul cas d'ophtalmie.

6. — Czermak. Cette observation semble unique dans la science. Hirschberg et Quaglino ont publié des observations d'angiomes épiscléraux limités et en forme de tumeur qui ne représentent pas absolument ce qui est observé ici.

Il s'agit d'un manouvrier âgé de 27 ans, qui se présente pour une coloration particulière de l'œil gauche, sans douleurs, ni photophobie, ni gêne d'aucune sorte. Au niveau du canthus externe, on observe une vascularisation étendue et très prononcée et à laquelle se joint une certaine turgescence diffuse de la conjonctive ; l'œil est d'ailleurs normal, sauf une dacryocystite chronique. La paupière est peut-être, de ce côté, un peu plus tombante que du côté opposé.

La vascularisation de la région externe de cet œil est causée par le développement énorme des veines ciliaires antérieures qui s'étalent en un réseau serré, très apparent, lequel devient de plus en plus fin à mesure qu'il approche du limbe scléro-cornéen. En ce point, il semble qu'il existe une injection ciliaire symptomatique d'une kératite, alors qu'il n'en est rien, que cette injection vasculaire prononcée ne s'accompagne d'aucune infiltration. Cet état de choses a toujours existé. Le malade présente conjointement un petit nœvus non proéminent à la main.

8. — Adler. Depuis deux ans le malade en question, mécanicien de

chemin de fer, avait constaté une diminution graduelle de son acuité visuelle, qui ne s'accompagnait que de fort peu de symptômes d'irritation locale. Dès ce moment, des néoformations sur la cornée étaient constatables; jamais il n'y eut ni douleur ni phénomènes inflammatoires vrais. Le calomel en applications locales n'amena aucun changement.

Actuellement, on trouve sur l'œil gauche, au niveau de la cornée, dix-huit granulations gris clair, d'apparence gélatineuse, qui font saillie sur la surface cornéenne ; à la partie supérieure, elles sont plus développées et prennent un aspect falciforme; elles respectent le champ pupillaire. La lumière peut les traverser; mais, quel que soit l'éclairage, il est impossible d'y distinguer quoi que ce soit au point de vue de leur structure.

A l'œil droit, il existe des granulations de même genre, mais moins nombreuses; de ce côté, c'est à la partie inférieure et interne que l'état trouble est à son maximum. On ne constate rien d'anormal, si ce n'est une cataracte ponctuée périphérique. Le malade n'a jamais eu la syphilis ; il n'est pas scrofuleux et n'a eu précédemment aucune affection oculaire.

On a enlevé une de ces granulations dont M. Zemann a fait l'examen histologique. Il a trouvé du tissu cornéen formant une sorte de granulome miliaire, recouvert d'une couche d'épithélium plus épaisse qu'à l'état normal. Ce sont des productions qui ressemblent beaucoup aux néoplasies fibreuses, telles que celles que l'on observe en particulier sur les membranes séreuses à la suite d'inflammations chroniques.

9. — Czermack rapporte une série de cas observés par lui, dans lesquels des lésions cornéennes se sont accompagnées de productions filamenteuses particulières.

Les malades observés présentaient, deux fois des plaies cornéennes résultant de pénétration de morceaux d'acier, une fois une plaie d'extraction de cataracte, une brûlure de la cornée par de la chaux, une kérato-conjonctivite, enfin des ulcérations chez un tabétique.

Dans ces divers cas, filaments blanchâtres de plusieurs millimètres de long, à extrémité libre renflée, d'aspect très trouble, s'attachant fortement dans l'érosion ou la plaie cornéenne. Le trajet du filament présente des bosselures.

Histologiquement, substance vitreuse homogène dans laquelle on trouve des fibrilles tordues en spirale aux points rétrécis du filament et des amas leucocytiques, déformés à nombreux noyaux.

Ces filaments se reproduisent pendant quelques jours avec une grande facilité, mais ils n'entravent pas longtemps la guérison.

Uthoff, Fischer, Leber ont observé des cas semblables; dans certains cas, les cellules étaient peu abondantes ou n'existaient pas. Czermack pense que ces diverses constatations résultent du stade de l'affection observée. Fischer et Uthoff croient que les fils viennent

de la cornée. Leber les croit d'origine conjonctivale, empiétant sur la plaie cornéenne, il s'appuie surtout sur leur facilité de régénération, Czermack croit aussi à l'origine conjonctivale.

Voici du reste des conclusions résumées :

1° Il peut s'établir, dans des conditions mal connues, des masses exsudatives fournies par la conjonctive sur des érosions ou des plaies cornéennes.

2° Ces productions filamenteuses renferment dans leur substance vitreuse surtout des leucocytes.

3° Elles subissent, par les mouvements de la paupière et du globe oculaire, un massage qui amène la déformation des groupes cellulaires et leur transformation par la torsion en fibrilles spiralées.

En somme, pour Czermack, la production de filaments dont certains auteurs avaient fait une kératite particulière, perdrait un peu son caractère spécial comme entite morbide. — ALBERT TERSON.

10. — GASPARINI rapporte un cas de lymphome diffus double de la conjonctive.

L'examen et le nombre des globules du sang, l'évolution de la maladie dont a fini par mourir le malade, l'examen histologique de parcelles, l'évolution clinique ont fait le diagnostic de cette affection rare, qu'il faut se garder de confondre avec la maladie trachomateuse. — ALBERT TERSON.

11. — CIRINCIONE étudie un cas très intéressant de xérosis conjonctival accompagné d'héméralopie, suivi pendant longtemps et dans lequel l'autopsie de la malade a pu être faite. Au sujet de la nature parasitaire du xérosis conjonctival, il note les faits suivants :

1° Des parcelles de culture pure du bacille du xérosis inoculées dans le sac conjonctival, dans la chambre antérieure et sous la conjonctive, n'ont provoqué aucune lésion qui puisse se rapprocher du xérosis.

2° Les mêmes inoculations sur des animaux fatigués ont donné des résultats négatifs.

3° Egalement négatives sont restées les injections de culture pure dans le torrent circulatoire, le péritoine et la plèvre.

4° Des débris retirés du sang des animaux morts ou tués à la suite d'inoculation de culture pure du bacille, sont restés stériles.

5° A la suite de la transplantation d'un lambeau de conjonctive xérotique sur un animal, est survenue une nécrose cornéenne et chez un autre, une opacification circonscrite de l'épithélium cornéen. Ces résultats réunis à ceux de Fränkel et Franke qui ont inoculé sans succès le bacille xérosique sur la conjonctive d'individus sains, et à ceux de Schleick, Schreiber et Fich qui ont rencontré ce bacille dans différentes affections conjonctivales et même sur la conjonctive normale, conduisent à cette conclusion que le bacille décrit par Reymond et Colomiatti, Kuschman, Weisser et Leber comme cause du xérosis, ne possède aucun pouvoir pathogène sur la muqueuse conjonctivale.

L'examen histologique de diverses parties du globe oculaire, des reins et des autres organes, pour essayer d'y découvrir des bacilles xérosiques, n'a donné aucun résultat. Le bacille ne se rencontrait que sur la surface conjonctivale et les ulcérations et érosions épithéliales et ne pénétrait pas plus profondément.

Les ganglions de la 3e paire et de la 5e paire présentaient des signes de dégénérescence due à une inflammation chronique.

Les symptômes qui accompagnaient le xérosis dans ce cas, comme dans plusieurs autres, insensibilité cornéenne, conjonctivale et d'une partie de la face, sécheresse de la peau du visage, anosmie, ozène, hypotonie bulbaire intermittente, dilatation et resserrement pupillaire, enfin ulcération centrale de la cornée, paraissent circonscrits au territoire d'innervation du trijumeau et il est bien difficile d'expliquer les troubles par une invasion parasitaire conjonctivale. Les altérations ganglionnaires ont peut-être plus d'importance.

12. — Panas. Interrogé par M. le ministre de l'Instruction publi- et des Beaux-Arts sur les conditions qui rendent la conjonctivite granuleuse contagieuse et sur les mesures à prendre pour éviter la contagion, l'Académie de médecine a chargé une commission d'examiner la question et M. Panas, rapporteur, lit les conclusions suivantes :

Personne ne met plus en doute aujourd'hui la contagiosité de l'ophtalmie granuleuse, telle qu'on l'observe en Algérie, en France et ailleurs.

Les conditions de la transmission sont, avant tout, la promiscuité telle qu'elle existe dans les ménages pauvres, les écoles, les casernes, etc. S'il est établi que la forme aiguë et purulente de cette ophtalmie est la plus à craindre, il n'en n'est pas moins vrai que, dans certaines conditions de réceptivité, la forme chronique n'est pas exempte de la propriété de se transmettre d'un individu malade à un individu sain. Cela est surtout vrai dans certaines époques de l'année ou l'affection acquiert un caractère d'épidémicité, comme cela a lieu en Egypte, au moment de la crue du Nil.

Il est certain qu'avec une surveillance rigoureuse pour que le linge et autres objets de toilette, ne soient pas communs les chances de la contagion se trouvent atténuées, surtout dans la forme chronique de la maladie. Mais comme pratiquement la chose est loin d'être facile à réa liser; que, d'autre part, il devient impossible d'empêcher les pensionnaires de jouer ensemble et de se toucher mutuellement la figure après s'être frotté leurs paupières malades, nous pensons que l'*isolement* des granuleux constitue *la vraie condition de prophylaxie.*

Partant des données qui précèdent les mesures qu'il faudrait prendre pour prévenir la contagion nous paraissent être les suivantes :

1° N'accepter aucun élève dans l'école avant qu'il n'ait subi un examen des yeux au point de vue de l'ophtalmie granuleuse.

2° Sur les élèves admis à fréquenter l'école, pratiquer régulièrement un examen tous les trois mois au moins, et cela indistinctement, que les élèves se plaignent ou non d'affections oculaires.

La raison de cet examen de la totalité des élèves tient à ce que les granulations palpébrales existent à l'état latent, et qu'elles peuvent passer inaperçues si l'on ne procède pas au renversement des paupières.

3° Sitôt qu'un élève offre des vraies granulations déclarées telles par un médecin compétent, on doit l'isoler et le traiter avec vigueur de façon à éteindre au plus tôt le foyer de contamination, et de permettre à l'élève de continuer ses études.

4° Il va de soi que ce sera au médecin d'indiquer dans chaque cas particulier, le moment où l'élève sera autorisé à reprendre, sans danger pour les autres, le cours de ses études.

Les conclusions du présent rapport, mises aux voix, sont adoptées à l'unanimité.

13. — MALGAT. Frappé de l'inanité des médicaments connus, et souvent aussi de la vanité des procédés opératoires, Malgat a entrepris il y a deux ans, d'appliquer aux taches de la cornée les manœuvres du massage. Il a d'ailleurs limité le massage aux taies qui sont consécutives aux abcès et aux ulcérations de la cornée. Or ces taches sont constituées ou bien par des infiltrations d'exsudats plastiques, ou bien par du tissu cicatriciel de nouvelle formation, ou bien à la fois par les deux. Ce sont les néphélions, les albugos et les leucomes.

En tenant compte de la constitution anatomo-pathologique des taches de la cornée on peut donc dès à présent prévoir que l'action des massages ne saurait être efficace que dans les cas d'infiltration plastique, et que les taches résultant d'un tissu cicatriciel ayant comblé une perte de substance de la membrane resteront indélébiles et inguérissables. La méthode de traitement consiste à introduire dans l'œil malade un peu d'une pommade antiseptique comme l'anoline hydrargyrique.

2° A faire, à travers les paupières fermées, pendant une minute tous les jours, des frictions circulaires avec le pouce et avec une extrême douceur.

3° A faire suivre la friction d'un lavage à l'eau boriquée.

Le massage est contre-indiqué quand il existe une inflammation aiguë ou chronique de l'œil. Grâce à ce traitement on fait disparaître les infiltrations plastiques de la cornée d'une manière certaine : c'est ainsi que les produits morbides qui constituent les néphélions sont emportés, résorbés, et font place à des tissus cornéens sains et transparents; c'est ainsi que la zone d'infiltration plastique périphérique du leucome disparaît, et laisse, autour du tissu cicatriciel, une large zone de tissu cornéen devenu tranparent.

21. — SCHIRMER a observé plusieurs cas d'éruption vaccinale du

bord des paupières, chez des parents dont les enfants avaient été vaccinés peu de temps avant (en moyenne 12 jours). Il n'est donc pas douteux que ces parents se sont infectés en se frottant les yeux après avoir touché les pustules de leurs enfants. La maladie commence par un œdème palpébral considérable. Au bord libre des paupières, on trouve des eschares qui laissent voir une ulcération quand on les enlève, ulcération qui peut avoir jusqu'à 8 millimètres de diamètre. Quelque temps après, ces ulcères augmentent de nombre par auto-inoculation ; mais ces ulcérations secondaires restent plus petites que les ulcérations primitives.

Huit à douze jours après le début, la réparation commence. Elle est finie en peu de jours, sans laisser de cicatrices. Les kératites secondaires, que j'ai vues survenir dans trois cas, présentent l'aspect des kératites profondes. Les infiltrations sont situées immédiatement en avant de la membrane de Descemet, affectant une forme annulaire, concentrique au centre cornéen. Elles ne se forment que quand les ulcérations palpébrales sont en voie de réparation.

22.— Sattler. La tuberculose conjonctivale peut se présenter sous des aspects très différents ; les inoculations seules peuvent assurer le diagnostic. On peut distinguer trois groupes de tubercloses conjonctivales :

1° Le groupe le plus considérable comprend les formes ulcéreuses sans réaction locale considérable. L'examen microscopique montre les tubercules miliaires avec peu de granulations ; les bacilles sont relativement nombreux.

2° La seconde forme est caractérisée par la formation de nodules grisâtres de la grosseur d'un grain de chènevis, qui ne forment que très rarement des ulcérations ; on trouve peu de bacilles.

3° Dans le troisième groupe, les granulations prédominent. On trouve les mêmes éléments anatomiques que dans les arthrites fongueuses : cellules géantes, etc. Les lupus de la conjonctive peuvent être rangés dans un quatrième groupe lié au précédent par ce fait que les inoculations dans la chambre antérieure du lapin produisent toujours une tuberculose typique.

J'ai fait quinze injections de 1 à 25 milligrammes de tuberculine à un malade atteint de la première forme de tuberculose conjonctivale. Arrivé à 20 milligr, la réaction locale cessait pour réapparaître plus tard. Après plusieurs séries d'injections, le malade semblait guéri.

Dans un cas du second groupe dont le diagnostic était affirmé par l'inoculation du lapin et par l'examen microscopique, douze injections jusqu'à 100 milligrammes firent cesser la réaction locale. Le malade est resté guéri jusqu'aujourd'hui.

Dans un cas de lupus de la conjonctive de l'œil droit, j'ai fait une inoculation dans la chambre antérieure de l'œil du lapin. La tuberculose miliaire de l'iris ainsi produite a rétrogradé à la suite des injec-

tions du liquide de Koch. Une parcelle de cet iris inoculée à un autre lapin produisit une tuberculose atténuée.

De même j'ai réalisé une tuberculose atténuée en injectant du pus osseux dans la chambre antérieure de l'œil d'un lapin, traité préalablement par la tuberculine. Les inoculations ultérieures ont démontré que l'atténuation était permanente.

CRISTALLIN.

1. — Magnus. De la formation de vésicules à l'équateur du cristallin (Ueber Blasenbildung am Linsenäquator). *Klin. Monatsbl.*, septembre 1891.
2. — Santos-Fernandez. Un accident possible mais remédiable dans la kératotomie. *Rev. gén. d'oph.*, août 1891.
3. — Martin (G.). Sur une complication post-opératoire de la cataracte de Morgagni. *Soc. d'opht. de Paris*, nov. 1891.
4. — Wagenmann. De l'anatomie de la cataracte secondaire membraneuse, avec remarques sur la guérison des plaies de la membrane de Descemet. *Archives de Graefe*, tome XXXII, n° 2, p. 21.
5. — Greef. Extractions de cataracte sénile sans iridectomie (de la clinique du P[r] Schweigger). (Ueber 450 Extractionen von Cataracta senilis ohne Iridectomie.) *Arch. f. Augenheilk.* XXII, 4, p. 355. (Extrait de la *Rev. gén. d'opht.*, oct. 1891.)

2. — Santos Fernandez. Il s'agit de l'accident qui consiste à introduire le kératotome avec le tranchant tourné vers le bas. Cela peut arriver lorsqu'on emploie un couteau de Græfe étroit et court, lorsque la lumière, insuffisante empêche la précision opératoire, où lorsque le praticien est sous le coup d'une certaine émotion.

Quand on s'aperçoit de l'inadvertance commise, le premier mouvement est de retirer vivement le couteau, pour éviter que la sortie de l'humeur aqueuse ne détermine un déplacement en avant du cristallin, car dès que la chambre antérieure, est disparue l'opérateur serait exposé à blesser le cristallin en introduisant de nouveau le couteau et cette fois dans son vrai sens. M. Santos Fernandez conseille un procédé plus prompt, plus expéditif et qui consiste à retourner le couteau sur-le-champ et sans le retirer de l'endroit où il se trouve après que l'on a pratiqué la ponction et la contre-ponction. Comme la lame du couteau est étroite, on la retourne facilement et l'incision s'achève dans la forme ordinaire.

Je dirai que, personnellement, le même accident m'est arrivé dans une opération de cataracte, et que je me suis contenté de faire la ké-

ratotomie inférieure au lieu de supérieure, ce qui n'a aucune importance quand on ne fait pas l'iridectomie. — P.

3. — MARTIN. Il s'agit, dans cette observation, d'un malade opéré d'un œil en 1873 et de l'autre en 1890. Dans le premier œil, atteint de cataracte morganienne, le cristallin fut, aussitôt la cystotomie faite, projeté à un mètre de distance, il se produisit une hernie de l'iris, excisée le lendemain, et finalement une cicatrice cystoïde. Dans le second œil, il y avait également cataracte, et en outre glaucome absolu. L'iridectomie fut pratiquée par M. Martin, dans le but de faire cesser les douleurs. Le lendemain on trouva le cristallin sur le pansement et la capsule entre les lèvres de la plaie. M. Martin, certain cependant de ne pas avoir lésé le cristallin avec son couteau, pendant l'opération, attribue cet accident à une moindre résistance de la zonule, ainsi qu'on le trouve souvent dans les cataractes régressives (dont la cataracte de Morgagni est une variété) et à la poussée du corps vitré puisque l'œil était glaucomateux.

En terminant, M. Martin recommande de faire, en présence d'une cataracte de Morgagni, la cystotomie périphérique qui rend plus facile la sortie du noyau cristallinien et de se mettre en garde contre les accidents qu'entraîne l'affaiblissement du ligament suspenseur du cristallin, altération qui serait fréquente, d'après lui, dans cette variété de cataracte.

M. Parent, rapporteur du travail de M. Martin, ne croit pas que l'iridectomie soit l'opération de choix dans le glaucome absolu. Elle expose, en effet, à l'accident qu'a eu M. Martin, ou a une subluxation du cristallin, si la section de la cornée n'a qu'une petite étendue. Il donne la préférence à l'opération préconisée jadis par Guérin (de Lyon) contre l'affection appelée par lui hydropisie de l'humeur vitrée (c'est notre glaucome). Cette opération n'est autre chose que la sclérotomie postérieure ou équatoriale, remise en honneur en 1872 par le professeur Lefort de Paris.

4. — WAGENMANN. Chez un malade de 57 ans, ayant succombé à une pneumonie intercurrente et dont un œil était atteint de cataracte secondaire, Wagenmann constata que la membrane mince de la cataracte secondaire était due à ce que l'épithéluim de la cristalloïde antérieure avait enduit la surface antérieure de la cristalloïde postérieure, en proliférant dans la contiguïté, et y avait produit des couches et néo-formations vitrées. Ces néo-formations ne faisaient défaut à aucun endroit de la pupille proprement dite et du colobome irien. De là s'explique l'abaissement de l'acuité visuelle qui avait beaucoup baissé deux ans après l'extraction.

Quant aux bords de la section de la membrane de Descemet, ils n'étaient séparés que par une couche microscopique de tissu cicatriciel. L'endothélium cornéen s'étendait par-dessous la cicatrice comme à l'état normal. En outre, une couche de membranes vitrées néoformée

réunissait les 2 bords de la membrane de Descemet sectionnée par l'opération.

5. — Greef. Les précautions antiseptiques dans la clinique du Professeur Schweigger sont les suivantes : La veille de l'opération, les paupières et la peau autour de l'œil sont nettoyées avec de l'éther, l'œil lui-même et les paupières renversées largement irrigués avec une solution de sublimé à 1/5000. On applique alors un bandeau protecteur composé de lint boraté et d'ouate qui reste en place jusqu'au moment de l'opération, qui est précédée d'un lavage du sac conjonctival avec la solution de sublimé. Les instruments se trouvent dans du carbol à 4 0/0 et sont plongés avant l'usage dans de l'eau bouillante. Les paupières sont relevées à l'aide des écarteurs de Desmarres qu'on enlève aussitôt la section de la cornée terminée. Pour la fixation de l'œil on se sert de la pique de Pamard modifiée. Pour la kératotomie un couteau triangulaire à tranchant convexe (couteau de Zehender). Le lambeau cornéen embrasse la moitié de la membrane, et la section se trouve au deçà du limbe de la cornée ; l'ouverture de la capsule a été pratiquée pendant quelque temps avec une pince capsulaire mais on est revenu au simple cystotome. Les instillations d'ésérine ont été abandonnées comme absolument inutiles. Les pansements avec lint boraté et ouaté sont portés directement de l'appareil stérilisateur sur l'œil opéré. Malgré toutes ces précautions une suppuration de la cornée ou du corps vitré a eu lieu chez plus de 4 0/0 des opérés à la clinique, tandis qu'il n'y a pas eu une seule suppuration dans la clientèle privée du professeur Schweigger. Cette différence doit être mise sur le compte des inconvénients presque inséparables d'un grand service hospitalier avoisinant la clinique de chirurgie ; en outre on accuse les imprudences des malades plus difficiles à surveiller dans un hôpital.

Les blennorrhées du sac lacrymal sont traitées préalablement par une large ouverture cutanée avec introduction d'ouate au sublimé ; au bout de quelques heures lorsque l'hémorrhagie est arrêtée la ouate est remplacée par des crayons d'iodoforme qu'on renouvelle au moment de l'opération et plus tard tous les jours.

Les résultats de l'extraction au point de vue de l'acuité visuelle ont toujours été notés à la sortie du malade de la clinique, en moyenne le 20e jour après l'opération et sont considérés comme succès lorsque V est au moins 1/6. La statistique ainsi établie par Greef porte sur 450 opérations sans iridectomie qu'il met en face de 371 opérations avec iridectomie.

Sans iridectomie 450 opérations		*Avec iridectomie* 371 opérations	
Succès.......	346 = 76,5 %	Succès.......	278 = 75,1 %
Cat. second..	84 = 19,1 %	Cat. second..	71 = 19,2 %
Pertes.......	20 = 4,4 %	Pertes........	22 = 5,7

Dans les 450 opérations sans iridectomie, il y a eu 35 fois prolapsus de l'iris = 7,9 % dont 9 petits qu'on a laissés tels quels et 20 plus considérables qui ont donné lieu à l'excision. La cause la plus fréquente était des traumatismes dans les premiers jours après l'opération, ou des efforts d'évacuation alvine, mais souvent toutes ces causes font défaut ; l'auteur croit que pour ces prolapsus qui surviennent généralement dans les premières heures, ou du moins le premier jour après l'opération, on peut admettre ou une cause anatomique (perte de l'humeur vitrée, relâchement du sphincter de l'iris chez des individus décrépits), ou le procédé opératoire (situation de la plaie cornéenne, reposition difficile de l'iris) ou le traitement post-opératoire. Il insiste sur un transport prudent du malade du fauteuil d'opération au lit, sur la nécessité de le laisser couché pendant trois jours et de ne pas examiner l'œil avant cette époque. Ces considérations conduisent à l'obligation de pratiquer l'iridectomie avec l'extraction de la cataracte chez les malades où il faut craindre le prolapsus de l'humeur vitrée (ramollissement du corps vitré, forte myopie), chez ceux dont l'opération du premier œil a donné lieu à un prolapsus de l'iris, qui sont atteints de marasme sénile, d'asthme où d'emphysème pulmonaire, en un mot toutes les fois que les malades ne peuvent rester couchés pendant trois jours. Il en résulte dans la pratique de Schweigger qu'à côté de 400 opérations sans iridectomie, 65 ont été opérés avec iridectomie.

OUVRAGES REÇUS

1° **On the Pathology and Treatement of Glaucoma,** by Priestley Smith (sera analysé dans le prochain numéro).

2° **Ophtalmoscopie clinique,** par L. de Wecker et J. Masselon. — Deuxième édition entièrement remaniée et très augmentée, avec 80 photographies hors texte. Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris.

L'extrait suivant de l'avant-propos permettra au lecteur de se rendre compte du plan des auteurs dans la conception de cet ouvrage, et du grand soin qu'ils ont apporté à sa bonne exécution : « Depuis la première édition de cet ouvrage, l'ophtalmoscopie a fait d'importants progrès, particulièrement pour ce qui concerne la connaissance de l'évolution des affections profondes de l'œil et des divers aspects qu'elles peuvent successivement revêtir. Un pareil travail ne pouvait aboutir que lentement, grâce à une observation attentive, patiente des mêmes malades pendant de longues années. Un examen minutieux à l'ophtalmoscope réclame le concours du dessin, et ce n'est que par une succession de croquis périodiquement et soigneusement

exécutés que l'on peut avec sûreté se rendre compte des transformations opérées dans un œil.

D'autre part, de sérieux efforts ont été faits pour bien différencier les altérations ou anomalies congénitales des affections acquises, condition essentielle pour asseoir sur une base solide la pathologie oculaire profonde.

Dans cet ouvrage, complètement remanié, nous avons fait en sorte, malgré l'exiguïté de notre cadre, de mettre en lumière les points importants de l'ophtalmoscopie et de réserver une large place aux acquisitions nouvelles de cette branche de l'oculistique. *Aussi le nombre des planches a-t-il été doublé.* Une partie seulement des dessins du précédent ouvrage a été conservée et encore certains, qui présentaient quelques imperfections, ont-ils été corrigés en se reportant aux croquis primitifs. De même que toutes les anciennes, les nouvelles planches sont *originales* et ont été relevées sur des malades fréquentant la Clinique. »

Les 34 premières pages du volume contiennent un excellent résumé de la théorie de l'ophtalmoscope à l'image droite et à l'image renversée, et des différents procédés de l'optométrie ophtalmoscopique. Je remercie en passant les auteurs d'avoir approuvé les idées que j'ai émises en 1881 et en 1883 sur l'éclairage du fond de l'œil dans le procédé de l'image droite ; c'est le premier traité français qui le fasse.

Je ne trouve qu'une erreur à relever page 28 où il est dit que « dans l'examen à l'image renversée de l'œil astigmate l'image de la papille est circulaire quand le foyer de la lentille objective coïncide avec le foyer antérieur de l'œil astigmate ». Cette dernière condition ne peut être réalisée puisque l'œil atigmate a deux foyers antérieurs, un pour chaque méridien principal. Pour que la papille soit circulaire, c'est *théoriquement* avec la cornée qu'il faut faire coïncider le foyer de la lentille objective, parce que, dans cette position de la lentille, le grossissement de l'image est indépendant de la réfraction de l'œil examiné, et ne dépend que de la longueur de l'axe optique, qui est la même pour les deux méridiens principaux.

En fait, cependant il faut remarquer ceci :

Dans cette position de la lentille, il est vrai que le grossissement pour chaque méridien principal est le même, et par suite l'image de la papille, supposée circulaire, est elle-même circulaire (ainsi qu'on peut s'en convaincre avec un œil artificiel et un écran en verre dépoli), mais il ne faut pas oublier que les images de la papille fournies par chaque méridien principal sont dans deux plans différents, et d'autant plus distants l'un de l'autre que l'As. est plus fort *et la lentille plus faible.* Ces deux images sont donc inégalement rapprochées de l'observateur, et par conséqnent *quand elles sont égales elles lui paraissent inégales;* il faut par suite éloigner la lentille de la cornée d'une distance un peu supérieure à sa distance focale; alors les 2 images de la papille fournies par les 2 méridiens principaux deviennent inégales, celle du méridien le plus réfringent augmente, celle du méridien le

moins réfringent diminue, et c'est seulement quand l'inégalité de grandeur des 2 images compense leur inégalité de distance qu'elles *paraissent* égales à l'observateur.

En résumé, quand le foyer antérieur de la lentille coïncide avec la cornée les images fournies par les 2 méridiens principaux sont en réalité égales (papille circulaire, sur un écran, mais paraissant ovale à l'observateur dans l'examen à l'image renversée) et le grossissement G^r est fourni par la formule

$$G^r = \frac{nf}{a}$$

dans laquelle n est l'indice de réfraction de l'œil réduit 1,333, — f la distance focale de la lentille objective, — et a la longueur de l'axe optique de l'œil As. Exemple : quel sera le grossissement avec une lentille de 16 d (= 62,5 de foyer) et un axe optique de 21

$$G^r = \frac{1.333 \times 62{,}5}{21} = 4$$

et ce grossissement est le même pour les deux méridiens principaux puisqu'il ne dépend que de la longueur de l'axe optique.

J'ai insisté sur ce point théorique d'ophtalmoscopie, parce que je crains que la petite erreur commise ici par MM. de Wecker et Masselon ne soit reproduite par d'autres traités français ou étrangers, quoique à vrai dire, presque tous aient négligé d'exposer cette question théorique (1).

---

(1) Je viens de recevoir la traduction allemande (par le Dr Schwarz, Privat Docent à Leipsig) d'un traité d'ophtalmoscopie dû à la plume de notre distingué confrère Bjerrum, de Copenhague. Ce traité tout nouveau (puisque suivant un usage de librairie il porte la date de l'année prochaine 1892), mérite les plus grands éloges pour sa concision, sa clarté et on peut ajouter pour son exactitude ; mais page 64 je trouve ceci : « Wie verhält es sich mit der Vergrösserung im umgekehrten Bilde beim regulärem Astigmatismus ? » Voici la réponse : « Ist die Linse ungefähr um ihre Brennweite von patient's *optischem Mittelpunkte* entfernt, so sehen wir die Papille kreisrund ». La coïncidence demandée est impossible puisque l'œil As. a deux centres optiques, un pour chaque méridien principal.

Une note est jointe à ce passage ; elle est due probablement au traducteur allemand, puisqu'elle est en contradiction avec le texte et avec la figure de la p. 63. Voici la phrase principale de cette note : « Bei dem As. Auge die Bilder sind gleich gross wenn der Abstand der Linse von Patient's *erstem Hauptpunkt* gleich deren Brennweite ist ». Cette coïncidence est également impossible puisque tout œil As. a deux premiers points principaux, un pour chaque méridien principal. Il ne faut pas oublier, en effet, qu'au point de vue dioptrique l'œil As. n'est pas un œil mais bien *deux* yeux, chacun d'eux représenté par un méridien principal, et chacun d'eux ayant ses 6 points cardinaux ; au total donc pour l'œil As. 12 points cardinaux, occupant tous une place différente sur l'axe optique : 2 points focaux antérieurs, 4 points principaux, 4 points nodaux (et par suite 2 centres optiques), et enfin 2 points focaux postérieurs. On sait que c'est l'emplacement de ces deux derniers points par rapport à la rétine qui sert de base à la classification des différentes variétés d'As.

Sur ce point théorique d'ophtalmoscopie M. Bjerrum et son traducteur

Dans le chapitre II (p. 34 à p. 60), le lecteur trouvera un exposé très clair de l'exploration des différents milieux de l'œil (cornée, cristallin, humeur vitrée) au point de vue des altérations qu'ils peuvent présenter.

Les auteurs ont donné une grande importance à la description du fond de l'œil à l'état physiologique.

Il y a quelques années on avait loué avec raison la description très détaillée qu'en avait faite Loring dans son traité d'ophtalmoscopie ; celle de MM. de Wecker et Masselon ne perdra pas à la comparaison ; elle est plus concise, et malgré cela claire et complète.

J'y ai vu avec plaisir que les auteurs m'ont rendu justice sur la question du phantome de la macula (Reflexring) examiné à l'image droite. Il y a près de dix ans que j'ai écrit cela et cependant, à ma connaissance, c'est la première fois qu'un traité adopte mes idées sur ce point et rectifie ainsi une erreur consacrée par tous les ouvrages. Quant aux auteurs allemands ils continuent à répéter sur cette question l'opinion erronée de Liebreich et de Mauthner. Pour s'en convaincre il suffit de lire la 5e édition du traité de Schmidt-Rimpler, parue cette année, et la 2e édition du traité de Fuchs parue il y a quelques semaines.

Le chapitre IV est consacré aux anomalies congénitales du nerf optique, de la rétine et de la choroïde.

On y trouvera décrits ce que M. Masselon a appelé les prolongements anormaux de la lame criblée. Il s'agit en réalité des gaines connectives qui entourent les gros vaisseaux dans le nerf optique (ainsi que le démontrent les sections de ce nerf au microscope), gaines qui dans certains cas se prolongent jusqu'à la papille et la partie limitrophe de la rétine, sous l'aspect de tractus ou bandelettes gris bleuâtre. M. Masselon a très bien étudié et décrit cette anomalie.

J'en dirai autant du croissant inférieur de la papille, anomalie sur laquelle M. Fuchs, de Vienne, a appelé l'attention, et dont les auteurs donnent des spécimens intéressants, fig. 16 et 17.

Parmi les dessins les plus curieux je citerai encore les fig. 22, coloboma du nerf optique ; 23, 24 et 25, coloboma de la choroïde ; 34, excavation glaucomateuse dans un cas de forte myopie, dessin très bien réussi ; 37, traumatisme du nerf optique ; 41, 42, anciennes hémorrhagies et dégénérescence graisseuse de la rétine ; 43 et 44, 67, productions fibreuses de la rétine et du corps vitré, consécutives à des hémorrhagies ; 69 et 70, choroïdite atrophique centrale circonscrite ; 79 et 80, verrucosités de la choroïde.

Cet ouvrage fait le plus grand honneur aux auteurs ; c'est une œuvre de longue haleine, fruit d'observations personnelles minutieusement prises, et, au point de vue du dessin des altérations, d'une exécution parfaite.

M. Schwarz ont donc commis une erreur analogue à celle de MM. de Wecker et Masselon. — P.

La littérature ophtalmologique française compte un bon livre de plus.

H. Parent.

Le professeur Schnabel (Gratz) est nommé professeur d'ophtalmologie à Prague (Université allemande).

M. le Dr Truc, agrégé, estnommé, à partir du 1er novembre 1891, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Montpellier (chaire nouvelle).

PLANCHE IV

Fig. 1 et 2. — *Sarcome de la choroïde.* Coupes antéro-postérieure et transversale.

1, 1. Sclérotique. — 2, 2, 2. Sarcome ayant envahi l'espace de Schwalbe. — 3. Sarcome propagé à l'espace vaginal du nerf optique. — 4. Cristallin aplati contre la cornée.

Fig. 3. — *Sarcome de la choroïde.* (Gross. 120.)

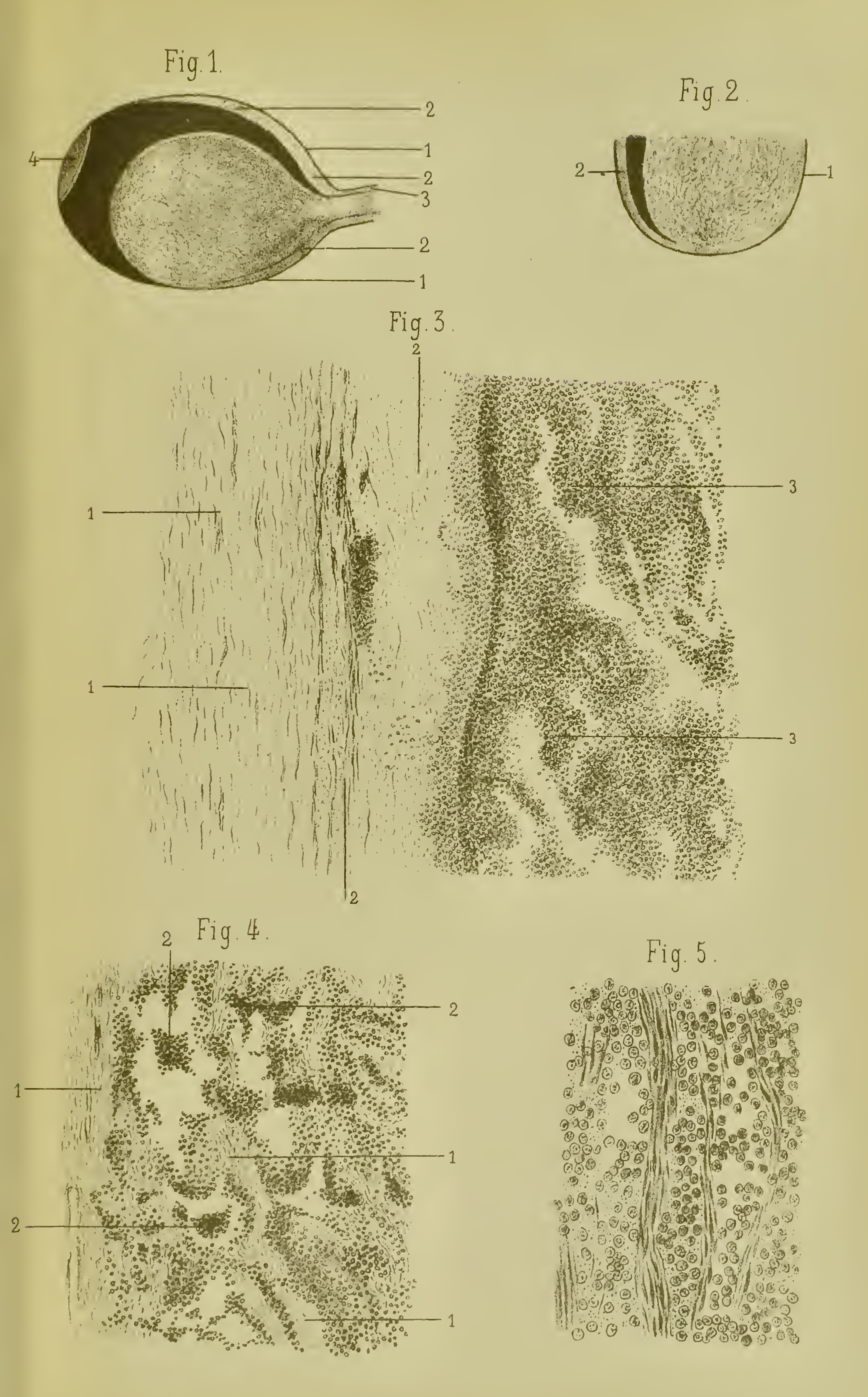
1. Sclérotique. — 2. Exsudat placé entre la sclérotique et sa tumeur. Cet exsudat n'existe que sur une partie de la tumeur; ailleurs le sarcome repose directement sur la sclérotique. — 3. Tissu sarcomateux à jeunes cellules rondes.

Fig. 4. — *Sarcome de la choroïde.* Coupe faite au niveau du nerf optique dégénéré. Destruction complète des éléments nerveux. (Grossiss. 350 fois).

1. Cloisons fibreuses anormalement développées. — 2. Tissu sarcomateux à jeunes cellules rondes.

Fig. 5. — Coupe montrant des éléments fusiformes et embryonnaires réunis.

Le Gérant : G. Lemaitre.



IMP. MONROCQ


OF ENGLAND
30 JAN 06

TABLE PAR ORDRE CHRONOLOGIQUE

DES TRAVAUX ORIGINAUX CONTENUS DANS CE VOLUME

PLANCHES

TABLE PAR NOMS D'AUTEURS

Les nombres suivis d'un astérisque (*) indiquent les travaux originaux. Les noms des auteurs de ces travaux sont imprimés en gros caractères.

G

H

I — J

K

L

M

N

O

TABLE DES MATIÈRES

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE